

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
GENEVIÈVE MARTINEAU

LE RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL DES ENFANTS
D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

MARS 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'étude des familles nous permet de comprendre que s'il y a des facteurs qui augmentent le risque dans certains contextes, certains autres viennent agir pour protéger les individus. Le réseau de soutien social est un de ces facteurs. Le problème c'est que jusqu'à maintenant, les études qui ont permis de constater le bien-être que peut procurer le réseau de soutien social pour l'enfant sont rares. La présente recherche a donc pour but de mieux comprendre l'impact du soutien dans la dynamique existant entre risque et protection chez l'enfant d'âge préscolaire. De cette étude, il est à prévoir que le réseau de soutien social des enfants en demande de service, présentant des difficultés diverses, soit moins étendu que celui des enfants de la population tout-venant de même niveau socio-économique. Aussi, on s'attend que les enfants à risque plus élevé aient un réseau de soutien social plus réduit que celui des enfants à faible risque. L'échantillon de cette recherche est composé de 56 enfants d'âge préscolaire. La première moitié provient d'un service de stimulation précoce (A) et l'autre, de la population tout-venant (B). L'évaluation systématique du risque chez chacun des participants permet la formation d'un groupe à risque plus élevé (A') qui est mis à l'étude avec un second à faible risque (B'). Lors d'une courte rencontre, deux questionnaires ont été administrés à la mère, vu le jeune âge des enfants étudiés. Le *Questionnaire d'anamnèse*, consiste à recueillir l'information relative à l'enfant et à son milieu familial. La *Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant* permet de vérifier le réseau social afin de faire la description du soutien dont

l'enfant bénéficie. Les résultats de cette recherche démontrent que les enfants en demande de service (A) présentent un réseau de soutien social moins riche que celui des enfants de la population tout-venant (B) malgré l'absence de différence significative au niveau du risque. Ces différences marquées quant au réseau de soutien social ne se démontrent pas aussi clairement lorsqu'on considère les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B'). En somme, les objectifs de la présente recherche sont partiellement atteints. On peut effectivement constater des différences significatives quant au nombre de personnes soutenant le réseau social des groupes en demande de service et tout-venant. De plus, on peut noter une tendance d'un réseau de soutien social moins riche pour les groupes à risque plus élevé. Toutefois, l'absence de différence significative ne nous permet pas à ce jour de confirmer l'existence d'un lien entre l'augmentation du risque chez les individus et un réseau de soutien social plus réduit. Il va de soit que cette étude n'est qu'un premier regard des études du réseau de soutien social chez les enfants préscolaires. Elle permet toutefois de préciser davantage ce large concept et les méthodes utilisées pour l'examiner et ce, dès le jeune âge de l'enfant.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique.....	6
Le réseau social.....	7
<i>Définition du concept de réseau de soutien social</i>	7
<i>Le réseau de soutien social chez l'adulte (psychopathologie et santé mentale)</i>	10
<i>Le réseau de soutien social chez l'enfant</i>	12
1) Développement social de l'enfant.....	12
2) Études sur le réseau social chez l'enfant.....	21
L'enfant à risque.....	25
Facteurs de risque et réseau social.....	33
Position du problème	37
Formulation des hypothèses	38
Méthode	39
Sujets.....	40
Instruments de mesure	43
Déroulement	46
Plan de l'expérience et d'analyse des données.....	48
Résultats	51
Les facteurs de risque.....	52
Le réseau de soutien social.....	66
<i>Groupes en demande de service (A) et tout-venant (B)</i>	67
Sources de soutien.....	67
Situations de soutien	73
<i>Groupe à risque plus élevé (A') et à faible risque (B')</i>	75
Sources de soutien.....	75
Situations de soutien	81
Lien entre les facteurs de risque et le réseau de soutien social	83
Discussion	88
Les facteurs de risque.....	91
Le soutien social	97
Lien entre le risque et le soutien social.....	107

Conclusion.....	113
Références.....	116
Appendices.....	131
Appendice A.....	132
<i>Questionnaire d'anamnèse</i>	132
Appendice B.....	153
<i>Grille opérationnelle des facteurs de risque</i>	153
Appendice C.....	156
<i>Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant</i>	156

Liste des tableaux

Tableau

1	Répartition des enfants en demande de service (A) et des enfants tout-venant (B) en fonction du niveau de risque	42
2	Distribution du groupe d'enfants en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B) en fonction de la présence des facteurs de risque.....	54
3	Distribution du groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et du groupe à faible risque (B') en fonction de la présence des facteurs de risque.....	62
4	Moyennes de catégories de personnes soutenantes pour le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe d'enfants tout-venant (B)	70
5	Fréquence moyenne de soutien provenant de différentes sources du réseau de soutien social des enfants du groupe en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B).....	71
6	Nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché pour le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe tout-venant (B).....	74
7	Fréquence de soutien dans diverses situations de la vie des enfants d'âge préscolaire pour le groupe en demande de service (A) et le groupe tout-venant (B)	75
8	Moyennes de catégories de personnes soutenantes pour le groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et le groupe d'enfants à faible risque (B')	78
9	Fréquence moyenne de soutien provenant de différentes sources du réseau de soutien social des enfants du groupe à risque plus élevé (A') et du groupe à faible risque (B')	79
10	Nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché pour le groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et le groupe à faible risque (B').....	82
11	Fréquence de soutien dans diverses situations de la vie des enfants d'âge préscolaire pour le groupe à risque plus élevé (A') et le groupe à faible risque (B').....	83

- 12 Corrélations entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et la fréquence de soutien des différentes ressources du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire 86
- 13 Corrélations entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et le nombre de personnes auxquelles l'enfant d'âge préscolaire est attaché 88

Liste des figures

Figure

- 1 Distribution du groupe en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B) en fonction de la présence de facteurs de risque..... 55
- 2 Distribution du groupe à risque plus élevé (A') et du groupe à faible risque en fonction de la présence de risque..... 63

Remerciements

J'aimerais exprimer toute ma reconnaissance à mes directrices Mme Ercilia Palacio-Quintin et Mme Colette Jourdan-Ionescu, chercheuses au sein du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, et professeures au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elles m'ont toutes deux consacré temps et énergie en me dirigeant lors de mes apprentissages et en me partageant leurs précieuses expériences.

Un merci spécial à Germain Couture, responsable de l'informatisation des données au GREDEF, pour sa grande disponibilité de même que son soutien moral et technique.

Mes remerciements vont aussi à l'équipe du GREDEF, professionnels et étudiants, pour m'avoir permis de partager mon expérience et m'avoir conseillé lors de l'élaboration de mon projet de recherche.

Introduction

Depuis les dernières décennies, il est possible de remarquer l'intérêt grandissant que porte la société aux enfants et à leur bien-être. Que ce soit dans le domaine de la santé, au niveau économique ou social, de nombreuses mesures furent mises en place pour favoriser le meilleur développement des jeunes individus qui représentent et composent la communauté québécoise et canadienne du futur.

En fait, les nouveaux phénomènes sociaux et économiques tels l'éclatement des familles, la présence croissante de la femme sur le marché du travail et la précarité de l'emploi amènent chacun à se réajuster dans sa façon de vivre, de voir la réalité... et de gérer l'ensemble de la société. On peut noter par exemple, les dernières politiques sociales du Ministère de l'éducation concernant l'accès de la maternelle à temps plein, favorisant l'intégration de l'enfant au système scolaire et ce, dès le jeune âge. Il en est de même des mesures réduisant au maximum les frais de garderie pour les enfants de 4 ans, incitant d'une part les femmes à retourner sur le marché du travail et d'autre part, les enfants à intégrer des milieux sociaux favorisant leur développement.

On peut également comprendre l'effort d'une approche préventive lorsqu'on considère les politiques nouvelles de désinstitutionnalisation. En d'autres mots, on doit de plus en plus miser sur des interventions visant à prévenir l'apparition de troubles physiques et psychologiques sévères puisque le système actuel ne peut plus se permettre de soutenir à lui seul ses bénéficiaires. L'État, ayant longtemps pris en charge les individus, se voit aujourd'hui confronté à réaliser les lacunes de son

système de santé et de services sociaux. C'est entre autres le cas des difficultés budgétaires. Cette réalité économique a des implications majeures au niveau social. Elle semble aujourd'hui remettre en question la responsabilité de chacun des individus à contribuer au bien-être des gens en besoin, proches ou éloignés, de la communauté.

Effectivement, dans le contexte économique actuel, qui exige l'efficacité des interventions alors que les ressources se font de plus en plus rares et réduites, il va de soi de réévaluer notre position en tant que professionnel en santé mentale. C'est dans cet esprit que plusieurs s'attardent à favoriser des outils pour promouvoir, encourager les ressources naturelles de l'individu et responsabiliser chacun face au bien-être de leur proches. Ainsi, les professionnels deviendraient des partenaires, évitant d'embarquer les gens dans un système d'intervention interminable. En fait, le système actuel se doit d'être réajusté puisque les personnes en besoin sont de plus en plus projetées d'un intervenant à l'autre, leur offrant très peu de stabilité et de possibilités de s'investir dans des relations de façon satisfaisante pour leur bien-être.

Parallèlement, le domaine de la psychopathologie développementale permet aujourd'hui de faire comprendre l'importance de considérer non seulement les problématiques qui touchent les individus mais également le risque pour plusieurs d'entre eux d'y faire face. D'ailleurs, les facteurs de risque pour l'enfant ont été particulièrement étudié au cours des dernières années dans le domaine de la prévention de la maltraitance et de la négligence parentale. Aussi, les clientèles psychiatriques ont retenu l'attention pour mieux comprendre l'impact des facteurs

reliés à l'environnement social et aux caractéristiques individuelles dans le développement de maladies diverses.

C'est dans cette réalité que s'insère la présente étude. L'étude du réseau de soutien social des enfants est essentielle lorsqu'on considère les ressources naturelles, disponibles dans l'environnement, comme des agents déterminants pour le bien-être des individus, grands ou petits. De plus, très peu de chercheurs se sont jusqu'à maintenant attardés à l'examen du réseau de soutien social des enfants en bas âge, particulièrement d'âge préscolaire. Certains d'entre eux ont exploré ce domaine chez la clientèle d'âge scolaire mais la plupart des écrits font référence au soutien social des adultes. Pourtant, il apparaît clairement que l'âge préscolaire est une étape importante voire même déterminante du développement social.

Cette recherche a pour objectif de comparer différents groupes d'enfants de 3-5 ans pour vérifier si leur réseau de soutien social varie selon leurs caractéristiques. Tout d'abord, un groupe d'enfants en demande de service et un de la population tout-venant seront examinés quant à leur niveau de risque et leurs différences face au réseau de soutien social. Il sera ensuite possible de comparer deux groupes d'enfants caractérisés selon leur niveau de risque, soit un à risque plus élevé et un à faible risque. La resubdivision de l'échantillon total, en fonction du nombre de facteurs de risque présents pour chacun des participants, permettra la formation de ces deux nouveaux groupes. De plus, l'étude tentera de savoir quelles sont les personnes, autres

que les parents, qui apparaissent avoir une place significative auprès de l'enfant d'âge préscolaire.

Le document qui suit est divisé en quatre sections. Tout d'abord, le contexte théorique présente un relevé des écrits scientifiques pertinents à l'étude du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire. Ensuite, la méthode est la partie qui consiste à faire état des différents éléments qui ont servi à réaliser cette recherche. La partie des résultats comporte d'une part l'analyse des données et d'autre part, la présentation des résultats, appuyée visuellement par des tableaux et des figures. Enfin, à l'intérieur de la dernière section, se trouve la discussion qui permet d'expliquer les différents résultats de l'étude.

Contexte théorique

L'émergence des études portant sur les réseaux sociaux, depuis près de vingt ans, est remarquable et s'explique par les multiples fonctions de protection et d'effet tampon du réseau social sur le bien-être psychologique et physique d'une personne (Caplan, 1979; Greenblatt, Becerra, & Serafenitides, 1982; Cohen, & Wills, 1985; Parry, & Shappiro, 1986). Une attention considérable est encore portée aux hypothèses suggérant que le soutien affecte l'ajustement de la personne, en réduisant les impacts négatifs du stress (Cohen & McKay, 1984; Heller & Swindle, 1983). Plusieurs d'entre eux soulignent même que le soutien social contribue à diminuer la sévérité des symptômes, accélérer la guérison, augmenter l'adaptation, et diminuer les effets à long terme du stress chez l'individu. Le soutien social semble ainsi favoriser le bien-être en encourageant et renforçant les comportements menant à une bonne santé mentale chez les individus à risque.

Le réseau social

Définition du concept de réseau de soutien social

Le soutien social est conceptualisé comme l'information laissant croire à l'individu qu'il est apprécié et considéré, et appartient à un réseau de communication et d'obligations mutuelles (Cobb, 1976). On le définit aussi par les liens sociaux qui constituent le réseau de soutien, l'échange de transactions aidantes avec les membres du réseau et l'évaluation personnelle que chacun se fait de l'aide reçue (Sandler,

Wolchik, & Braver, 1985). Il peut être également considéré comme « les relations sociales qui procurent (ou peuvent potentiellement procurer) des ressources matérielles et interpersonnelles qui ont une valeur pour celui qui les reçoit ». Les conseils, l'accès à l'information et aux services, la participation aux tâches et aux responsabilités et l'acquisition de différentes habiletés sont des exemples de ces ressources. Břonfenbrenner (1979) mentionne que les sources de soutien débudent avec la famille et se prolongent avec les autres personnes de la communauté. Certains auteurs (Barrera, 1986; Cohen & Wills, 1985) ont avancé l'idée que plus les liens sociaux sont disponibles, plus nombreuses sont les opportunités de recevoir du soutien.

Plusieurs auteurs soulignent la difficulté d'étudier le réseau de soutien social par l'imprécision des définitions du concept même (Cohen & Sokolovsky, 1981). Tolsdorf (1981), Unger & Wandersman (1985) prōnent la distinction entre les données quantitatives et qualitatives du réseau. Au delà de la grandeur du réseau, la qualité des interactions semble avoir une influence considérable sur le bien-être. Il s'agit de considérer non seulement le nombre de personnes soutenantes dans le réseau social de l'individu mais également ce qui le caractérise. Par exemple, on peut comprendre que l'individu qui a de nombreuses relations harmonieuses avec son entourage tire un plus grand avantage de son soutien social que celui qui doit faire face à des relations conflictuelles dans son réseau de soutien. C'est dans cet ordre d'idée que McIntyre (1985) mentionne qu'il est important de s'intéresser à une grande variété de propriétés du réseau ainsi qu'à la complexité des interrelations.

Certains chercheurs (Barrera, 1986; Vaux & al., 1986; Heller & Swindle, 1983; Saranson, Shearin, Pierce, & Saranson, 1987) en sont donc venus à établir des distinctions claires entre les multiples aspects du soutien social. On peut concevoir le soutien social selon trois facettes: les variables structurelles, la perception et les fonctions du soutien. Les variables structurelles font référence à l'encadrement social, soit l'étendue, la composition et la densité du réseau social. La perception du soutien consiste en la satisfaction de l'individu face à son soutien social. Il s'agit d'évaluer l'appréciation de l'individu face à la disponibilité des personnes présentes dans son réseau de soutien social et à leur capacité à répondre à ses besoins. Enfin, les fonctions du soutien se retrouvent dans le contenu des interactions au travers desquelles l'aide est apportée. En poursuivant leur recherche, Barrera et Ainlay (1983) ont présenté une analyse conceptuelle du contenu du soutien social et en distinguent six fonctions: l'aide matérielle, l'assistance comportementale, les interactions intimes, la guidance, le feedback et les interactions sociales positives. De toute évidence, les différentes fonctions ont des effets variables sur les différentes avenues que peut prendre l'individu dans son adaptation (Cohen & McKay, 1984; House & Kahn, 1984; Wortman, 1984). Aussi, la satisfaction face à l'aide apportée pour répondre aux besoins spécifiques des individus semble dépendre entre autres de la personne ressource qui procure le soutien. Chacun semble ainsi souligner l'importance d'établir une distinction rigoureuse des différents aspects du soutien social pour mieux comprendre son rôle dans l'ajustement face aux situations de la vie (Brownell & Shumaker, 1985; Cohen & Syme, 1985; Gottlieb, 1985; Heller &

Swindle, 1986; Israël, 1983) et connaître davantage les avenues de son implication face au bien-être des individus.

Le réseau de soutien social chez l'adulte (psychopathologie et santé mentale)

Plusieurs chercheurs se sont donc intéressés à l'association entre le réseau social et la pathologie. Il apparaît clairement que si l'on compare les patients psychiatriques à la population générale, les premiers présentent un réseau plus petit, à l'intérieur duquel on retrouve moins de relations soutenantes et plus de relations asymétriques - un manque de réciprocité existant dans les rapports (Cohen & Sokolovsky, 1978; Pattison, 1979; Sovosky, Cohen, Berger, & Geiger, 1978). La littérature suggère que les relations entre les personnes souffrant de troubles psychiatriques et les personnes dans leur réseau social sont caractérisées par des tensions, des conflits et des attitudes hostiles (Coyne & al., 1984). Cependant, il est difficile d'établir une distinction nette entre le fait que le déficit au niveau du soutien social soit une cause ou une conséquence des problèmes psychiatriques (Kessler, Price, & Wortman, 1985), tout comme celle des troubles de comportement (Kashani, Canfield, Borduin, & Soltys, 1994). On ne sait jusqu'à maintenant si le trouble est une cause, une conséquence, ou encore un système interreliant la pathologie et l'environnement qui peut soutenir l'individu face aux adversités de la vie. Toutefois, il serait intéressant de mieux connaître les relations des individus à risque de développer ces différents troubles, et ce dès leur jeune âge, afin de mieux comprendre le rôle des relations dans le développement de la psychopathologie. Jusqu'à il y a quelques années, il semble que

l'on comprenait davantage les effets négatifs des interactions sociales que les façons par lesquelles elles peuvent favoriser la santé mentale des individus.

Ce n'est que dernièrement que certaines études comme celle de Werner (1993) ont montré que les enfants à risque qui se sont adaptés positivement, une fois devenus adultes, avaient développé compétence, détermination et réseau de soutien. Ces enfants, ayant un développement non problématique, semblent chercher et trouver un soutien émotionnel à l'extérieur de la famille immédiate. Ce que l'on constate aussi c'est que dans la majorité des cas, les gens qui font l'expérience de moments de crise se tournent rarement vers les professionnels pour recevoir de l'aide. Ils font plutôt appel à leur système de soutien informel tels la famille, les amis et le voisinage (Veroff & al., 1981). Enfin, d'autres études, principalement réalisées chez une clientèle adulte, ont également permis de constater le bien-être que peut procurer le réseau de soutien social, en augmentant les sentiments de compétence, d'estime et de confiance en soi (Greenblatt, Becerra, & Serafenitides, 1982).

Dans les études du soutien social comme ressource pour l'adaptation des enfants et des adolescents, les chercheurs ont porté attention à la relation directe existant entre le soutien social des parents et l'ajustement de l'enfant mais aussi à l'interaction des événements de vie et du soutien social familial en relation avec le bien-être. De toute évidence, on peut constater une relation directe et importante entre le soutien social et la symptomatologie psychologique et/ou physique (Barrera, 1981; Cauce & al., 1982; Compas, Slavin, Wagner, & Vannatta, 1986; Felner, Ginter, & Primavera, 1982;

Sandler, 1980; Sandler & Barrera, 1984). Comme Gottlieb (1980) le fit remarquer, il est difficile d'ignorer les nombreuses études apportant des conclusions positives au sujet du soutien social en comparant la santé des personnes isolées socialement à celles bénéficiant d'un réseau de soutien social. Ces études démontrent clairement l'important rôle du soutien social dans le domaine d'étude du bien-être de l'individu.

Le réseau de soutien social chez l'enfant

1) Développement social de l'enfant

Pour comprendre davantage la contribution du réseau de soutien social pour la santé des individus, il est important de savoir comment celui-ci s'insère dans le développement de l'enfant. C'est donc en considérant les besoins de l'individu lors de son développement et le rôle de soutien attribué au réseau social, qu'on pourra comprendre la pertinence d'explorer la question du réseau de soutien chez la clientèle enfant.

La nature du jeune enfant et sa dépendance aux adultes exigent que soit considéré le contexte social de l'enfant dans l'étude de l'adaptation (Leiderman, 1983). Bronfenbrenner (1979) souligne que ce sont les expériences et le contexte social où elles ont lieu qui déterminent la mesure dans laquelle chaque individu peut développer ses habiletés et réaliser ses potentiels. Il s'agit alors de considérer les liens existant entre l'enfant et son environnement pour mieux comprendre les nombreuses avenues de son développement.

La plupart des relations interpersonnelles pour un enfant impliquent une variété de dimensions:attachement, jeu, soins, etc. Il est donc évident que le lien d'attachement ne représente la totalité d'aucune relation. Cependant, il y a plusieurs raisons de considérer l'attachement comme une facette importante des relations sociales des jeunes enfants (Rutter & Rutter, 1993).

La théorie de l'attachement considère que les jeunes enfants sécures dans leurs liens d'attachement sont plus sociables avec les adultes et démontrent une plus grande compétence avec les pairs, plus d'affects positifs, et une meilleure estime de soi. Cependant, il y a peu d'évidence que les enfants insécures puissent être considérés à risque de développer éventuellement des problèmes émotionnels ou de comportement (Rutter & Rutter, 1993). En fait, la présence d'une figure d'attachement favorise l'exploration en réduisant l'anxiété qui est vécue face aux situations nouvelles - cet effet de sécurité n'étant pas présent avec les étrangers. Il serait toutefois erroné de penser que les enfants ne développent qu'un seul attachement et que celui-ci est avec la mère (Rutter et Rutter, 1993). La plupart des enfants ont de multiples attachements incluant le plus souvent le père, la fratrie et d'autres membres de la famille comme les grand-parents. Chacun de ces attachements semble répondre à certaines fonctions en procurant une sécurité à l'enfant (Rutter & Rutter, 1993). Cependant, il est vrai qu'il existe habituellement une hiérarchie et le plus souvent il semble que ce soit la mère qui ait tendance à être la plus efficace dans sa capacité de réduire l'anxiété de l'enfant qui fait face aux situations nouvelles (Rutter & Rutter, 1993).

Pendant l'âge préscolaire, les enfants arrivent progressivement à acquérir un sens de sécurité sans avoir besoin que le parent soit physiquement présent. À l'âge de trois ans, la plupart des enfants sont capables d'accepter le réconfort des étrangers. C'est aussi vers les âges de trois ou quatre ans que les enfants deviennent moins dépendants de la présence réelle des figures d'attachement. Ils deviennent de plus en plus aptes à comprendre et accepter les raisons pour lesquelles le parent n'est pas présent par moments et ont moins tendance à montrer des signes de détresse lors des séparations (Rutter & Rutter, 1993).

Malgré que l'enfant d'âge préscolaire devienne plus indépendant, la relation qu'il entretient avec ses parents demeure le point central de ses interactions et sa relation avec sa mère continue d'être importante (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). L'enfant apprécie le temps qu'il passe avec sa mère, lui parlant, partageant ses jouets avec elle, et retire un important soutien émotionnel par sa présence (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). La mère est aussi celle qui encourage les comportements d'indépendance chez son enfant d'âge préscolaire et devient moins tolérante à ses demandes d'attention, lui disant souvent qu'il est assez vieux pour rester sans elle pendant un certain temps (Maccoby, 1980). À mesure que la mère devient moins impliquée auprès de l'enfant d'âge préscolaire, dans les familles où le père est présent, celui-ci vient jouer un rôle proéminent dans la vie de l'enfant de cet âge (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). Le père devient progressivement plus impliqué dans l'éducation des enfants, est mieux disposé à passer plus de temps à jouer et à assurer une certaine discipline auprès de

l'enfant. De plus, durant cette période, les enfants, et particulièrement les garçons, semblent préférer la compagnie de leur père comme compagnon de jeu et cherchent à jouer plus souvent avec eux qu'avec leur mère (Lamb, 1981).

Durant la petite enfance et à l'âge préscolaire, le réseau social est donc principalement constitué par la famille, les parents étant les médiateurs des interactions avec les gens de l'extérieur et avec la parenté en organisant les contacts et les déplacements (Cochran & Brassard, 1979; Feiring & Lewis, 1988, 1989; Lewis, Feiring, & Kotsonis, 1984; Parke & Bhavnagri, 1989). Cela semble signifier que le soutien provenant de la famille élargie et de l'extérieur de la famille passerait habituellement par le contact avec le parent (O'Donnel & Steuve, 1983; Parke & Bhavnagri, 1989). Parallèlement, concernant les relations avec la famille élargie, certaines études ont permis de constater que c'est autour de cet âge, i.e. avant 6 ans, que les enfants sont le plus attachés à leur grand-parents (Kahana & Kahana, 1970; Schultz, 1980). Aussi, il semble que la grand-mère soit la favorite (Kahana & Kahana, 1970; Hoffman, 1979). L'âge de l'enfant semble donc avoir une influence considérable sur les relations que celui-ci peut avoir et l'attachement qu'il peut y vivre, tout comme le démontrent les recherches avec les grand-parents (Schultz, 1980). C'est ainsi, qu'à mesure qu'ils grandissent, les enfants découvrent de nouveaux environnements, interagissent avec les individus qui en font partie, et appartiennent à différents réseaux qui leur procurent des opportunités d'obtenir du soutien.

En fait, il est possible de constater que non seulement l'environnement familial mais aussi l'environnement social constituent les "guides" de l'enfant pour les interactions futures (Rogoff, 1990). Garbarino et ses collaborateurs (Burston, Raber, Russel, & Crouter, 1978) élargissent le concept de réseau de l'enfant en y incluant les adultes et les pairs à l'extérieur de la famille. Les relations soutenant avec les parents et/ou les adultes à l'extérieur de la famille (Garmezy, 1983) et les pairs (Cauce & al., 1982) sont considérées comme des ressources permettant l'adaptation au stress. À la fin des années 70, quelques essais théoriques ont souligné l'importance de l'étude du réseau social personnel de l'enfant dans le cadre de son développement (Cochran & Brassard, 1979; Feiring & Lewis, 1978). Cochran et Brassard (1979) proposent que l'entourage social de l'enfant fournit des activités et des échanges de nature concrète, affective et cognitive. Ce système social affecterait le développement de l'enfant directement et indirectement. Les membres du réseau social stimuleraient l'enfant directement en lui donnant la possibilité de participer activement au maintien de son équilibre, et serviraient de modèles pour le parent et l'enfant dans leurs interactions.

Un bon exemple de source d'influence pour l'enfant d'âge préscolaire est celui de la relation avec les pairs. C'est entre autre dans le groupe de pairs, que l'enfant obtient un sens de ce qu'il est et de ce qu'il peut faire, permettant le développement de sa propre identité et de sa valeur. Les pairs procurent l'amitié aussi bien que les expériences pour l'apprentissage de rôle et de la coopération (Berns, 1993). Les enfants qui ne jouent pas avec des enfants de leur âge passent à côté d'importantes

expériences d'apprentissage social et sont considérés à risque plus élevé de présenter des difficultés sociales et manquer de confiance dans les situations interpersonnelles futures (Zigler & Finn-Stevenson, 1986, Rutter & Rutter, 1993). Les pairs ont d'importantes fonctions dans la vie de l'enfant et l'une d'entre elles est le soutien émotionnel. Par exemple, l'enfant de quatre ans qui se retrouve dans une situation nouvelle semble mieux disposé à parcourir et explorer ses entourages lorsqu'il est accompagné d'autres enfants que s'il est seul (Schwartz, 1972; Ladd & Price, 1987). Les enfants constituent également des ressources importantes les uns pour les autres par le fait qu'ils apprennent un bon nombre d'habiletés sociales à travers leurs interactions, incluant la façon d'approcher les autres enfants et de maintenir leurs interactions (Hartup, 1983; Asher & Hymel, 1981).

En fait, ce processus d'apprentissage et de soutien semble interagir avec l'âge développemental de l'enfant pour stimuler la confiance, l'empathie et la maîtrise des habiletés d'échange réciproque qui sont essentielles pour bâtir son propre réseau de soutien social. L'enfant apprend également, à travers ses différentes interactions avec les autres, qu'il est un membre de la famille et de la société qui doit rester fidèle à certaines règles, restrictions, et comportements sociaux appropriés à chacun (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). En fait, le réseau de soutien social permettrait à l'enfant de s'ajuster progressivement lorsqu'il est confronté à diverses situations et aurait une influence considérable sur son bien-être (Kaplan, Robbins & Steven; 1983).

Les changements associés au développement social, les besoins et capacités de l'enfant évoluant constamment, semblent modifier non seulement le réseau de soutien social mais peuvent affecter l'adaptation et offrir des opportunités multiples pour l'enfant (Thompson, 1994). Par exemple, le changement de nature des amitiés de l'enfant (Hartup, 1983) indique que la nature du soutien social peut se modifier à travers les diverses phases du développement. On doit considérer différents aspects du développement social comme le fait que jusqu'à la moitié de l'enfance, des amitiés sont développées à l'extérieur de la maison mais que ce sont les membres de la famille qui constituent encore à ce jour ceux qui procurent le soutien primaire (Boyce, 1985).

Il semble donc important de porter attention au niveau développemental de l'enfant pour comprendre sa capacité à avoir accès et maintenir un réseau de soutien social. Les très jeunes enfants ont peu de contrôle sur leurs réseaux sociaux qui peuvent potentiellement leur procurer du soutien. De plus, étant donné que ces enfants ont peu de compétences pour établir et maintenir leur propre réseau de soutien social, les adultes prennent en charge leur socialisation en s'occupant de créer pour eux des relations. Le soutien social dont les enfants bénéficient étant très jeune n'est donc habituellement pas le résultat de leurs habiletés personnelles. Cependant, c'est à l'âge préscolaire – et certainement à l'âge scolaire – que certaines formes du soutien social deviennent contingentes avec les caractéristiques personnelles de l'enfant. Hartup (1983) souligne ainsi qu'à la fin de l'âge préscolaire et durant les premières années d'école, la compétence sociale prédit de façon importante le soutien et la fréquence des contacts que l'enfant peut avoir avec son propre réseau social.

Les enfants d'âge préscolaire atteignent une compréhension plus profonde des symboles, et démontrent progressivement plus de capacité à parler et communiquer leurs désirs et leurs émotions. C'est également durant cette période que plusieurs enfants, qui ont eu une relation de confiance et d'affection avec leurs parents au cours de leur petite enfance, démontrent davantage de sécurité à explorer leur environnement (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). Ils rencontrent de nouvelles personnes et apprécient la compagnie, non seulement celle de leurs parents mais aussi de leurs grand-parents, oncles et tantes, éducateurs et compagnons de jeu.

En fait, l'environnement social et l'environnement familial de l'enfant d'âge préscolaire contribuent à l'apprentissage d'une variété d'habiletés (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Sroufe, 1989) qui se développent à travers le temps dans un contexte de soutien (Egeland, Carlson, & Sroufe, 1993). Selon Bronfenbrenner (1979), le potentiel développemental d'un enfant à s'adapter à son milieu augmente en fonction du nombre de liens soutenant dans ce milieu et les autres contextes impliquant l'enfant ou les personnes responsables d'en prendre soin. En fait, selon certains auteurs (Litwak & Szelenyi, 1969; Tinsley & Parke, 1984), les relations avec la famille immédiate et élargie ont une « histoire » d'interaction et de soutien qui procurent une base pour la continuité dans le futur.

De façon générale, il semble que les relations soient modulées et contrôlées par un certain ensemble internalisé de styles sociaux et d'attentes qui incluent à la fois des

composantes émotives et cognitives (Rutter & Rutter, 1993). Autrement dit, à mesure que les relations s'accumulent, l'enfant se fait une représentation interne de ses relations sociales en fonction des rapports qu'il a eu dans le passé et garde cette représentation comme modèle pour ses relations futures (Nicol, Stretch, & Fundudis, 1993). Les caractéristiques fondamentales du développement cognitif et social semblent donc affecter la manière dont l'enfant interprète les nouvelles expériences stressantes et la façon de s'y adapter (Maccoby, 1983).

Parallèlement, l'âge préscolaire semble constituer une période prédictive concernant les troubles divers, caractérisés par des retards dans le développement et des problèmes de comportements, ceux-ci devenant plus intenses par la suite (Nicol, Stretch, & Fundudis, 1993). L'étude de Lerner, Trupin, et Douglas (1985) démontre que les troubles de la conduite semblent être particulièrement persistants, tout au long du développement, lorsqu'à l'âge de 3 ans ceux-ci sont importants. De plus, les problèmes familiaux des enfants de 3 ans semblent être un signe que l'enfant est à risque. Plusieurs auteurs ont remarqué également des liens entre les problèmes de comportement des enfants d'âge préscolaire et les retards de développement, particulièrement au niveau du langage (Richman, Stevenson, & Graham, 1982). L'âge préscolaire paraît donc être une période particulièrement déterminante de la compréhension que l'enfant se fait de son environnement social et des comportements qu'il y adopte. Enfin, il semble que considérer et comprendre les relations de l'enfant avec son entourage de même que les expériences stressantes qui y sont reliées, soit très pertinent dans l'étude du développement et de la psychopathologie.

2) Études sur le réseau social chez l'enfant

Pour comprendre davantage la relation existant entre le stress et le réseau social, la théorie systémique explique que l'enfant évolue à l'intérieur de différents systèmes (familial, scolaire, institutionnel, les réseaux d'amis) et qu'au moment de la consultation, il arrive souvent que ces systèmes soient en conflit interne ou en opposition les uns aux autres (Dumont & al., 1987). Certaines recherches chez l'adulte ont souligné des conséquences négatives semblables quant au soutien social (Kessler & Mcleod, 1984; Rook, 1984). Elles renvoient à une plus grande vulnérabilité au stress lors de la perte de personnes soutenantes, lorsqu'un individu subit les effets du stress qui survient dans la vie des membres de son propre réseau, et lors d'échanges interpersonnels négatifs avec les autres. La mesure dans laquelle l'adaptation de l'individu est possible semble donc dépendre de la qualité de l'interaction de celui-ci avec son environnement (Lerner & al., 1985; Lerner & Lerner, 1983). Enfin, il semble que la considération des divers aspects du soutien social soit essentielle pour la meilleure compréhension de ce concept dans le développement et la psychopathologie de l'enfant. Il ressort que la composition du réseau (adulte/enfant et soutien familial/non familial) ait une influence sur l'adaptation de l'enfant (Cochran & Riley, 1985; Sandler & al., 1984; Wolchik & al., 1985). La grandeur du réseau et sa capacité à favoriser l'autonomie aurait également une influence sur le fonctionnement socioémotionnel des enfants (Bryant, 1984). Il est

possible de se référer aux études portant sur le réseau de soutien social des enfants d'âge scolaire pour remarquer l'importance de considérer certaines caractéristiques des individus dans l'étude de leur réseau social. Quelques auteurs (Weber & Lewitt, 1987; Werner, 1990) se sont attardés au rôle du sexe et de l'âge de l'enfant, les filles ayant tendance à énumérer plus de personnes dans leur réseau que les garçons, tout comme les enfants plus vieux le font aussi comparativement aux enfants plus jeunes. Les filles semblent donc rapporter davantage les sources de soutien que sont la mère et les amis, que ne le font les garçons (Kinard, 1995). Ces constatations semblent démontrer non seulement une augmentation des liens d'amitié avec l'âge, le rôle plus central des amitiés comme sources de soutien dans la vie des filles, mais aussi la différence sexuelle existant entre les garçons et les filles dans leur façon d'interagir et de concevoir leurs relations. Ainsi, au-delà du nombre de personnes présentes dans le réseau social, d'autres variables telles la satisfaction et la perception, la multiplicité (nombre de fonctions remplies par une personne), et la grandeur du réseau conflictuel semblent également avoir un impact dans le rapport entre soutien social et adaptation de l'enfant (Dumont, M., & al., 1987). Progressivement, c'est ainsi que plusieurs chercheurs ont tenté d'appliquer les définitions du soutien social développées par les travaux chez des populations adultes aux construits utilisés avec les enfants et les adolescents (Cauce, Felner, & Primavera, 1982; Kaplan, Robbins, & Martin, 1983).

Les recherches explorant l'impact du réseau de soutien social pour l'enfant d'âge préscolaire se font rares voire même pratiquement inexistantes. Présentement, quelques rares recherches chez la clientèle d'enfants d'âge scolaire semblent aussi

démontrer qu'un faible soutien familial est souvent associé à certains symptômes psychiatriques (Barrett & al., 1988; Rhodes & Jason, 1990; Sandler, 1980; Topol & Reznikoff, 1982), aux problèmes de comportements (Sandler, 1980), et au niveau de comportement déviant (Kashani, Canfield, Borduin, Soltys & Reid, 1994). Il semble donc exister un lien entre la psychopathologie, la santé mentale chez l'enfant et le nombre réduit d'individus soutenant dans son réseau social. Garbarino et Sherman (1980) ont rapporté que les enfants vivant dans des quartiers à risque élevé de maltraitance avaient moins de personnes dans leur réseau social et qu'ils étaient moins enclins à jouer avec les enfants du voisinage que les enfants à faible risque. Pourtant, d'autres études démontrent que certains enfants vivant dans des contextes de stress comme ceux-ci présentent des portraits différents. Les caractéristiques individuelles, telles les compétences et habiletés sociales; le soutien des membres de la famille; et le soutien de personnes ressource à l'extérieur de la famille, tels les pairs et les enseignants (Garmezy, 1981, 1983; Rutter, 1978, 1979, 1983; Werner & Smith, 1982) semblent être des facteurs protecteurs et favorables à l'adaptation de ces enfants qui s'en sortent.

Dans sa recension des écrits, Werner (1990) conclue que la plupart des enfants qui s'en sortent sont capables d'utiliser l'expérience de l'école de façon profitable, celle-ci constituant un refuge pour les milieux familiaux perturbés. Aussi, Garbarino et ses collègues (1992) ont observé que malgré les pressions accablantes dans l'environnement, 75 à 80 % des enfants pouvaient utiliser les activités scolaires comme soutien. La sensibilité des institutions scolaires face aux besoins et aux

difficultés des enfants semble donc déterminante de l'adaptation des enfants, de leur bien-être et de leur accomplissement en classe. Une étude chez des enfants fréquentant un centre d'éducation préscolaire démontre qu'au-delà de la structure scolaire, d'autres personnes ont un rôle à jouer pour favoriser l'adaptation de l'enfant. En effet, Taylor et Machida (1994) rapportent que l'implication des parents à l'école prédit l'amélioration des habiletés d'apprentissage et des comportements en classe, tout comme les liens d'amitié prédisent l'amélioration des jeux sociaux et coopératifs chez l'enfant. L'implication des parents face aux situations nouvelles que peuvent vivre les enfants semble donc être un élément important dans l'adaptation. C'est entre autre ce que démontre l'étude de Drapeau et Bouchard (1993) qui visait à connaître le soutien familial et l'adaptation des enfants de parents séparés. Effectivement, un enfant qui se sent soutenu par ses parents, et qui se dit satisfait quant à l'intensité de ses relations avec les membres de la famille, présente moins de problèmes de comportement suite au divorce (Drapeau et Bouchard, sous presse; Rojas, 1989). Les résultats de cette étude, chez une clientèle d'âge scolaire (6-12 ans), indiquent qu'un plus grand nombre de filles de familles séparées, que celles provenant de familles intactes, mentionnent la présence d'interactions négatives dans la relation qu'elles entretiennent avec leur parents. Toutefois, elle perçoivent recevoir plus de soutien et ce, particulièrement de la part de leur sœur, au niveau émotif. Quant aux garçons, il semble que ceux vivants dans des familles séparés perçoivent moins le soutien de leur frère, comparativement aux garçons de familles intactes. D'un autre côté, une étude de Werner (1993) semble démontrer que durant l'enfance (entre les âges de 2 à 10 ans), le soutien émotionnel procuré par la famille, le nombre

d'enfants dans la famille, et le nombre d'adultes à l'extérieur de la maison à qui l'enfant s'identifiait, étaient des plus grands prédicateurs d'une adaptation réussie chez les garçons à risque élevé que chez les filles de mêmes conditions.

On peut donc en supposer que pour certains, les facteurs dits de protection peuvent promouvoir une adaptation positive dans un contexte mais avoir des conséquences négatives dans un autre (Masten, 1990). Il est alors facile de comprendre combien il est essentiel d'examiner davantage ces divers aspects chez les enfants et les jeunes de différents milieux, les dix premières années de vie étant déterminantes dans le déroulement des troubles psychologiques retrouvés à l'âge adulte (Werner, 1993).

L'enfant à risque

La littérature sur le stress, le soutien social, les facteurs de risque et de protection, la vulnérabilité et la résilience¹, chez la clientèle enfant, a connu un essor considérable depuis les dix dernières années (Arnold, 1990; Baldwin & al., 1990; Bambring & al., 1989; Belle, 1989; Berndt, 1989; Garmezy & Masten, 1990; Garmezy & Tellegen, 1984; Kimchi & Schaffner, 1990; Losel & al., 1989; Luthar & Zigler, 1991; Masten &

¹ La « résilience » est un terme utilisé en physique s'expliquant comme une « caractéristique mécanique qui définit la résistance aux chocs des matériaux » (Dictionnaire Le Petit Larousse, 1994). Dans la littérature, les termes « enfants résilients » ou « enfants invulnérables » sont utilisés pour qualifier cette capacité des enfants à résister au stress auquel ils sont confrontés.

al., 1990; Rutter, 1987; Sandler, 1989; Werner, 1989). Pour mieux comprendre l'interrelation de ces termes, il est essentiel d'en distinguer les concepts.

Ce n'est que depuis quelques années que certains auteurs (Holahan & Moos, 1987) ont porté attention à deux approches pour expliquer les facettes du même phénomène: celle de la «résistance au stress» et celle du «risque». La première implique l'identification des ressources individuelles et environnementales qui sont reliées au bien-être de l'individu durant une période de stress. L'approche du «risque» tente d'identifier les facteurs individuels ou les aspects de la vie de l'individu qui sont associés à l'augmentation de la probabilité de ce dernier à faire face à la maladie mentale et/ou physique. En fait, le risque répertorie le degré de vulnérabilité ou de susceptibilité de l'individu qui fait face au stress à subir des conséquences négatives psychologiques ou physiques. Le risque est associé à l'exposition aux événements de vie stressants (Silver & Wortman, 1980) de même qu'aux tensions chroniques que peuvent susciter les rôles sociaux (Brown & Harris, 1978).

Sroufe et Rutter (1984) dans leur étude sur la psychopathologie développementale ont suggéré les énoncés suivants pour mieux comprendre le risque : (1) les risques intergénérationnels ne sont pas nécessairement spécifiques dans leur nature (c.-à-d. que le domaine de fonctionnement qui sera affecté par le risque est incertain); (2) les risques peuvent avoir lieu simultanément provenant de plusieurs sources et affecter l'adaptation de l'individu; (3) le système familial et le contexte dans lesquels vit l'enfant peuvent affecter celui-ci, en augmentant ou diminuant l'impact de facteurs de

risque. Selon certaines études (Holohan & Moos, 1987), les facteurs de risque reliés aux parents et le soutien familial représenteraient 20% et 30% de la variance expliquant les problèmes de santé physique et psychologique des enfants. Comme le soulignent quelques auteurs (Sameroff & al., 1987a; Watt & al., 1984), la majorité des conséquences négatives sont davantage reliées aux facteurs contextuels qu'aux facteurs de risque individuels.

Ainsi, il semble que le contexte familial et environnemental de l'enfant représentent des aspects fondamentaux du développement de la vulnérabilité et de la résilience et ce, dès le plus jeune âge (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, & Gagnier, 1995). On peut comprendre rapidement qu'une organisation familiale favorisant la satisfaction réciproque des besoins et le partage des ressources (physiques, psychologiques et sociales) aide chacun à faire face aux adversités de la vie contrairement à une organisation caractérisée par l'instabilité et les conflits. Par exemple, les familles pauvres dont la mère est le seul soutien financier constituent une proportion importante des familles à risque de négligence parentale (Bouchard et al. 1987). Les résultats de cette étude démontrent que les risques s'accroissent si la mère est âgée de moins de 21 ans lors de la naissance de son premier enfant et si la famille comporte plus de quatre enfants. On doit également considérer la dépression ou la présence de problèmes de santé mentale chez les parents comme facteurs de risque importants pour les difficultés de parentage (Palacio-Quintin et Coderre., 1998). De plus, comme les pratiques éducatives sont en partie déterminées par les conditions et modèles auxquels les parents furent exposés dans leur enfance (Bowlby,

1988), il est important d'y porter attention. Outre le contexte de vie global de l'enfant, certaines caractéristiques des personnes l'entourant (par ex. : l'intelligence de la mère, problèmes de toxicomanie des parents, etc.) semblent influencer la façon dont l'enfant fait face aux situations. Il en est de même pour certaines particularités de l'enfant (par ex. : problèmes de comportement, naissance prématurée et/ou petit poids à la naissance) qui apparaissent constituer un risque et rendre difficile son adaptation aux situations de stress.

La difficulté à cibler certains facteurs de risque, de même que leurs multiples impacts, peut s'expliquer par le fait que ceux-ci n'agissent pas isolément les uns des autres. Par exemple, on peut comprendre qu'un individu pourra au cours de son existence être confronté à vivre une situation de risque, comparativement à un autre qui n'aura pas à y faire face. Bien plus, on doit considérer que les individus qui sont effectivement confrontés à ces situations présenteront des conséquences différentes du risque. Ce qu'on peut cependant garder comme point de repère c'est que les effets multiples des facteurs de risque apparaissent comme cumulatifs. La présence de plusieurs facteurs de risque semble donc être reliée à une probabilité croissante d'en arriver à des conséquences négatives (Seifer, Sameroff, Baldwin, & Baldwin, 1992). Quoi qu'il en soit, plusieurs auteurs sont d'avis, face aux notions de causes multiples et d'effets cumulatifs, que les conséquences comportementales sont le résultat des effets mutuels du contexte sur l'enfant et de l'enfant sur le contexte (Sameroff & Fiese, 1990; Rutter, 1982; Anthony & Cohler, 1987).

Le point central de l'intérêt que partagent plusieurs de ces auteurs est donc qu'il existe une variété de réponses que peut présenter l'individu qui se voit confronté à une situation de risque de développer certains problèmes psychologiques et/ou psychosociaux. On peut remarquer l'intensification (vulnérabilité) ou l'amélioration (protection) de la réaction qui, dans les circonstances ordinaires, mène à des conséquences négatives (Rutter, 1990). C'est ainsi qu'on constate que la vulnérabilité ou les effets protecteurs semblent évidents seulement en présence du facteur risque. Un aspect essentiel à considérer est que la vulnérabilité et la protection sont les pôles négatifs et positifs d'un même concept et non deux concepts différents. Ainsi, on peut comprendre que la protection ne constitue pas une évasion face au risque mais plutôt un engagement efficace envers celui-ci (Rutter, 1990).

Les conclusions de plusieurs études ont indiqué qu'une grande proportion de jeunes, qui furent exposés à des environnements désavantagés au cours de leur développement, ne présentent pas de problèmes émotionnels et psychologiques (Rutter, 1979; Werner, 1990; Fish-Murray, 1990). Ces constatations ont mené les chercheurs à s'intéresser aux facteurs de protection définis par Garmezy (1983) comme « les attributs des personnes, environnements, situations, et événements, qui paraissent atténuer les prédictions de psychopathologie basées sur le statut d'un individu considéré alors comme étant à risque ». Une attention particulière fut portée lors des recherches à l'identification des caractéristiques des enfants résilients et de leurs environnements, les distinguant ainsi des autres enfants qui répondent au stress de façon mésadaptée. Ces enfants semblent posséder des qualités particulières

contribuant à leur adaptation. La sociabilité, le respect de soi et de l'autre, l'habileté à démontrer de l'empathie aux autres, des attitudes positives envers les autres, et des habiletés de résolution de problème dans les situations sociales, seraient de ces atouts particulièrement pertinents pour obtenir du soutien de la part des personnes dans l'environnement (Heller & Swindle, 1983; Hansson & al., 1984). À travers les différentes études, trois grandes dimensions caractérisent les enfants « invulnérables » (Garmezy, 1983; Løesel & Bliesener, 1990) : (1) les caractéristiques constitutionnelles de l'individu, par ex. : le tempérament, l'estime de soi, l'autonomie, une orientation sociale positive, un locus de contrôle davantage interne plutôt qu'externe²; (2) la présence d'un environnement familial soutenant, par ex. : de bonnes stratégies d'éducation, l'absence d'état dépressif chez la mère; (3) la présence d'un système de soutien qui favorise l'adaptation et procure des modèles positifs d'identification, par ex. : un contexte favorable au soutien social et peu d'événements de vie pouvant susciter du stress. Ces dimensions jouent des rôles particuliers tout en s'influençant les unes les autres.

De plus, de sa célèbre étude longitudinale, Werner (1993) précise et retient les facteurs principaux qui assurent une certaine protection chez les enfants vivant dans des contextes à risque élevé : (1) les caractéristiques du tempérament de l'individu qui lui permettent d'obtenir des réponses positives d'une variété de personnes prenant

² Rutter (1966) explique les différences entre « locus de contrôle interne et externe » en distinguant les gens en ceux qui croient que ce qui leur arrive est en grande partie le résultat de circonstances internes (i.e. leurs propres décisions) et ceux qui croient que ce qui leur arrive est en grande partie le résultat des circonstances externes (i.e. d'événements hors de leur contrôle).

soin de lui; (2) les habilités et l'estime qui le conduisent à utiliser efficacement ses talents; (3) les caractéristiques et styles d'interaction des parents qui reflètent à l'enfant sa compétence et entretiennent l'estime de soi; (4) les adultes soutenant qui encouragent la confiance et agissent comme gardien de sécurité face au futur; (5) l'ouverture à certaines opportunités lors des transitions majeures de la vie. Les enfants résilients semblent confiants en leurs ressources tout comme en celles des membres de leur entourage qui leur procurent du soutien (Murphy & Moriarty, 1976). Ils sont, par le fait même, populaires avec les pairs et les adultes, considérés par ceux-ci, et sont aussi actifs dans leur entourage (Anthony & Cohler, 1987). Comparativement aux enfants vulnérables, ces enfants sont capables de tolérer les frustrations, gérer leur anxiété, et demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin (Anthony & Cohler, 1987). Les enfants résilients ont la capacité de trouver un sens aux événements stressants auxquels ils sont confrontés. Cette « compétence de représentation », i.e. cette capacité à comprendre clairement ce qui se passe dans leur environnement, aide ces enfants à maîtriser leur stress (Anthony & Cohler, 1987). Ce qu'on remarque également c'est que malgré le risque présent dans son entourage, l'enfant résilient a l'opportunité d'établir une relation de proximité avec au moins une personne dans son environnement qui lui procure la stabilité, lui permettant ainsi de développer une certaine confiance (Anthony & Cohler, 1987; Werner, 1990). Certains suggèrent que le soutien social est effectivement un de ces facteurs de l'environnement qui est modérateur face aux effets du stress (Dean & Lin, 1977).

Quoiqu'il soit clair que la qualité du soutien social d'un individu soit reliée au niveau de symptomatologie, selon Compas (1987), cette relation varie en fonction d'un certain nombre de caractéristiques du sujet (par exemple, le sexe, l'âge, et le niveau socio-économique) et des aspects ou dimensions du soutien social investigué (par exemple, le nombre de relations soutenantes, la satisfaction du soutien social, et d'autres comportements sociaux soutenants).

Si certains facteurs peuvent favoriser l'adaptation de l'enfant et le protéger, ils peuvent également avoir des effets négatifs. Cette situation est particulièrement évidente lorsqu'on porte attention aux relations sociales et le soutien qu'elles peuvent apporter. La relation entre le stress et le soutien social apparaît ainsi comme réciproque : le soutien social peut diminuer les impacts des événements stressants mais le stress peut également réduire la disponibilité du soutien social (Thompson, 1994). Vaux (1988) précise qu'aux moments de stress, le réseau social contribue particulièrement à soutenir l'individu. Caplan (1974) pousse plus loin son explication en considérant le soutien social comme assistant le coping³ en procurant de l'information, de l'assistance aux tâches, du réconfort, un refuge, en étant en quelque sorte un guide durant les temps de crise. Autrement dit, les dispositions individuelles de l'enfant, et ce principalement à l'âge préscolaire (Ladd, Price, & Hart, 1988), lui

³ Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « des efforts cognitifs et comportementaux qui changent constamment pour gérer des demandes spécifiques internes et externes, qui sont estimées comme imposantes ou excédant les ressources de l'individu ».

permettraient de construire et d'organiser son environnement qui, en retour, l'encouragerait et le soutiendrait dans ses actions et augmenterait ses compétences (Werner, 1993). Les personnes du réseau ont aussi parfois tendance à se mobiliser davantage lors de situations difficiles pour procurer une aide à l'individu. Il semble aussi que ce soit dans ces moments de stress que l'individu est plus réceptif à recevoir du soutien de son entourage. Cette constatation vient confirmer les études de Schachter's (1959) qui suggèrent que les individus ont une plus grande tendance à s'affilier lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles. D'un autre côté, le soutien peut aussi diminuer étant donné la réduction de personnes disponibles dans le réseau ou la difficulté, pour la personne en besoin, d'avoir accès à certaines personnes soutenantes (Shinn & al., 1984). Il est donc des plus approprié de tenir compte non seulement de l'effet protecteur qui est souvent associé au réseau de soutien social mais aussi de noter le risque auquel celui-ci peut contribuer.

Facteurs de risque et réseau social

On doit considérer que plusieurs facteurs de risque sociaux et familiaux ont une contribution majeure dans la prédiction de l'évolution sociale et cognitive des enfants de 4 ans (Sameroff & al., 1987 a; b). Dans leurs études, l'équipe de chercheurs de Sameroff a identifié 10 facteurs de risque prédominants pour l'enfant : la maladie mentale, l'anxiété élevée, le manque d'éducation, le faible niveau d'occupation, l'absence du père, les attitudes parentales rigides, les styles d'interactions pauvres, plusieurs événements de vie négatifs, la minorité raciale, et les familles nombreuses.

Rutter et Rutter (1993) ajoutent que la pauvreté des relations avec les pairs à cet âge peut devenir un problème important, se répercutant sur les relations sociales futures. De ces nombreux facteurs, deux retiennent actuellement l'attention de plusieurs chercheurs : la situation familiale et le niveau socio-économique.

Concernant le contexte familial, la monoparentalité est la situation à laquelle le risque est le plus souvent associé. Il va sans dire que l'absence du père dans la maison signifie habituellement moins de soutien social, émotionnel, et financier et moins d'aide pour la mère face aux prises de décision, à l'éducation des enfants et aux tâches ménagères (Hetherington & Camara, 1984). Les mères monoparentales ont également tendance à avoir un réseau de soutien social restreint et davantage instable - une grande perméabilité existe souvent dans les fréquentations, i.e. que de nouvelles personnes sont rencontrées mais ne maintiennent pas la relation (Larner, 1990a; Leslie & Grady, 1985; Weinraub & Wolf, 1983). Le manque de stabilité et par le fait même de sécurité peuvent être des éléments affectant le développement des jeunes enfants vivant dans ces contextes.

En effet, pour les enfants, l'absence du père peut signifier la perte d'une figure de discipline efficace, d'un modèle face à l'apprentissage de rôle, mais aussi la perte d'une source de soutien émotionnel importante (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). À côté du fait que les enfants de parents séparés n'ont pas souvent l'opportunité d'interagir et de développer une relation de proximité avec leur père, les discussions et les conflits qui précèdent et accompagnent souvent la séparation des parents créent

un climat émotionnel négatif qui peut bousculer le développement psychologique de l'enfant (Kalter, 1977). C'est particulièrement le cas à l'âge préscolaire, où l'égoïsme de l'enfant l'amène souvent à se blâmer face à la situation et à se sentir rejeté, abandonné et peu aimé (Wallerstein & Kelly, 1980). Toutefois, certaines études (Drapeau & Bouchard, 1993; Hetherington, 1988; Ihinger-Tillman & Pasley, 1987; Weiss, 1979) démontrent que les relations avec la fratrie joueraient un rôle considérable dans l'adaptation des enfants lors des périodes de réorganisation familiale, comme c'est le cas lors de la séparation des parents. Il apparaît donc qu'une bonne relation avec par exemple, un grand-parent, un oncle, ou un frère plus vieux, dispose davantage les enfants à faire face au stress associé à la situation familiale et, de toute évidence, favorise leur fonctionnement personnel et social comparativement aux enfants qui n'ont pas accès à de telles relations (Hetherington, Cox, & Cox, 1981; Santrock, Warshak, Lindbergh, & Meadows, 1982; Zill, 1983).

Pendant que les avis sont encore partagés sur le fait que d'être élevé par un seul parent (le plus souvent la mère) ait des effets négatifs sur les enfants (Herzog & Saudia, 1973), il est raisonnable de penser que durant les temps de stress, un second parent puisse procurer une assistance, un soutien, un réconfort, non seulement aux enfants mais au conjoint qui s'occupe des enfants. On peut sans doute considérer alors que si la monoparentalité ne constitue pas nécessairement une situation de risque, le fait d'avoir accès à ses deux parents peut constituer un facteur de protection favorisant l'adaptation de l'enfant. En fait, certaines études rapportent cette efficacité

des familles biparentales à procurer du soutien et modérer les effets du stress particulièrement pour les jeunes enfants vivant dans la pauvreté (Sandler, 1980).

Liem & Liem (1978) dans leur revue de littérature, ont constaté avec évidence que les gens de classe sociale défavorisée sont désavantagés dans leur accès aux relations sociales soutenantes. Ce qu'on remarque également, c'est que les réseaux de soutien familial et personnel des familles ayant un faible revenu ont tendance à être plus restreints et sont composés principalement de personnes de la parenté, comparativement aux familles de niveaux économiques moyens et élevés (Cochran, Gunnarsson, & al., 1990; Fisher, 1982; Vaux, 1988). De plus, Myers et al. (1974) rapportent que les relations interpersonnelles à ce niveau social tendent à être plus fragiles et procurent peu de soutien à l'individu qui fait face à une crise indésirable. D'autres auteurs (Brown & Harris, 1978) soulignent que les gens à faible niveau socio-économique ont moins de personnes à qui ils peuvent faire confiance dans leur entourage comparativement aux gens de classe moyenne. Cette dernière situation aurait une influence considérable sur leur vulnérabilité face aux stress des événements de vie. Parallèlement, certains (Dorhenwend, 1973; Langner & Michael, 1963) mentionnent que les effets négatifs des événements de vie stressants sur l'ajustement psychologique sont plus prononcés pour les individus de classe sociale défavorisée comparativement à ceux de classe sociale favorisée. La notion de classe sociale réfère au revenu familial, au niveau d'éducation et au statut d'occupation, ceux-ci constituant des modérateurs significatifs des effets du stress sur les troubles psychologiques (Myers & al., 1975; Zautra & Beier, 1978). Toutefois, si les enfants

provenant de milieux défavorisés peuvent être considérés à risque élevé de développer des troubles psychologiques, il faut noter qu'il existe une grande variation dans les conséquences psychologiques à grandir dans ces environnements (Garmezy, 1971).

Position du problème

La présente recherche porte sur le réseau de soutien social des enfants d'âge préscolaire. La pertinence de cette étude prend toute son importance dans la connaissance du phénomène social même. Effectivement, de comprendre le processus par lequel les individus restent confiants et développent des relations soutenantes, malgré les situations "malheureuses", est primordial pour le développement de stratégies efficaces de prévention et d'intervention (Rutter, 1990). La pauvreté de la littérature actuelle dans ce domaine, nous amène aujourd'hui à nous interroger sur le réseau de soutien social chez les enfants d'âge préscolaire, tout comme l'ont fait les recherches chez l'adulte et plus récemment chez l'adolescent et l'enfant d'âge scolaire. Il s'agit donc, au cours de cette recherche, de comparer différents groupes d'enfants d'âge préscolaire pour vérifier si leur réseau de soutien social varie selon leurs caractéristiques. Tout d'abord, un groupe d'enfants en demande de service et un de la population tout-venant seront examinés quant à leur niveau de risque et leurs différences face au réseau de soutien social. L'étude du réseau de soutien social nous permettra de vérifier s'il existe un lien du fait que les individus demandent des services ou non. Ensuite, la resubdivision de l'échantillon totale permettra également de comparer deux groupes d'enfants caractérisés selon leur niveau de risque, soit un à

risque plus élevé et un à faible risque. De plus, il sera possible de savoir quelles sont les personnes, autres que les parents, qui peuvent avoir une place significative auprès de l'enfant de 3-5 ans. Cette première étude exploratoire répond donc à l'absence de recherches sur ce sujet chez une clientèle d'enfants d'âge préscolaire.

Formulation des hypothèses

Il est à prévoir que le réseau de soutien social et familial des enfants en demande de service soit moins riche que celui des enfants de la population tout-venant, dont le réseau sera composé de plusieurs personnes et procurera une plus grande fréquence de soutien. On s'attend également que le réseau de soutien social des enfants à risque plus élevé soit moins étendu comparativement aux enfants à faible risque. Aussi, il est à supposer que l'augmentation du nombre de facteurs de risque sera en lien avec un réseau de soutien social plus réduit.

Méthode

Sujets

L'échantillon est composé de 56 enfants d'âge préscolaire (3-5 ans). Une partie des enfants provient des Ateliers Cali-jours (groupe A), service de stimulation précoce du CLSC Drummondville⁴. La collaboration entre ce CLSC et le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF) a permis l'accès à ce groupe. Ces enfants, en demande de service, sont dits à risque puisqu'ils présentent déjà diverses difficultés. Par exemple, ces enfants peuvent présenter des retards au niveau de leur développement, des difficultés relationnelles et comportementales. Leurs chances d'avoir des problèmes au cours de leur développement en sont donc augmentées. Une seconde partie des enfants à l'étude provient de la population tout-venant et ne fréquente aucun service psychosocial (groupe B). La formation de ce dernier groupe a nécessité la participation de différents milieux (garderies et prématernelles). C'est à travers six organisations⁵ du Trois-Rivières métropolitain et de ses environs que la participation des mères des enfants fut sollicitée.

Les enfants de l'échantillon se répartissent donc entre deux groupes : le groupe A en demande de service (n = 28) et le groupe B de la population tout-venant sans

⁴ Nous tenons à remercier les intervenants des Ateliers Cali-jours pour leur présence tout au long de la démarche, le partage de leur expérience mais surtout leur dévouement pour faciliter notre travail.

⁵ Nos meilleurs remerciements aux organismes suivants pour leur précieuse collaboration et leur grande disponibilité : « Les Ateliers de Développement Affectif, Cognitif et Social » et les garderies « La Maisonnée », « Margo La Lune », « L'Arbre Enchanté », « Marie Lune », « Le Petit Navire », « La Petite Sauterelle ». Une attention particulière aux directrices de ces organisations qui ont bien voulu participer à ce projet.

recours à des services ($n = 28$). Ces groupes sont équivalents quant à l'âge et au sexe des enfants. L'âge moyen des enfants du groupe A est de 44.82 mois (é. t. = 6.28) et celui des enfants du groupe B est de 43.93 mois (é. t. = 6.94). Cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil fixé ($t(54) = .50, p > .05$). Dans chacun des groupes, 71.4% des enfants sont de sexe masculin tandis que 28.6% sont de sexe féminin. Le profil socio-économique des foyers dans lesquels vivent ces enfants se répartit comme suit dans chacun des deux groupes: 56% ont un revenu familial annuel brut de 25 000\$ et moins tandis que 44% des familles ont un revenu supérieur à 25 000\$.

Le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe d'enfants tout-venant (B) sont donc comparables quant au niveau socio-économique. Une évaluation systématique du risque auprès des enfants des deux groupes a été effectuée pour permettre une division des sujets en fonction de leur niveau de risque. La définition des facteurs de risque est décrite plus loin (voir p.14). Deux groupes, issus de l'échantillon total, représentent donc les enfants à risque plus élevé (A') et les enfants à faible risque (B'). Les enfants du groupe à risque plus élevé(A') présentent un niveau de risque équivalent ou supérieur à 3 facteurs. Pour ce qui est du groupe à faible risque (B'), il est composé d'enfants ayant 2 facteurs de risque ou moins. La répartition des sujets pour chacun des groupes est présentée au tableau 1.

Tableau 1

Répartition des enfants en demande de service (A) et des enfants tout-venant (B)
en fonction du niveau de risque

Niveau de risque	Groupe A	Groupe B
	N=28	N=28
à risque plus élevé (A')	14	11
N=25		
à faible risque (B')	14	17
N=31		

Les enfants du groupe à risque plus élevé (A') présentent une moyenne d'âge de 44.24 mois (é. t. = 7.38) et celui des enfants du groupe à faible risque (B') est de 44.48 mois (é. t. = 5.97). Cette différence ne s'avère pas significative statistiquement ($t(54) = .14, p > .05$). Le groupe à risque plus élevé (A') compte 19 garçons et 6 filles tandis qu'on retrouve 21 garçons et 10 filles au sein du groupe à faible risque (B'). Parmi les enfants du groupe à risque plus élevé (A'), 79.2% vivent dans des familles ayant un revenu annuel brut inférieur à 25 000\$ et 20.8% proviennent de foyers excédant 25 000\$ de revenu. Concernant les enfants du groupe à faible risque (B'), leur profil se répartit comme suit: 35.7% ont un revenu de moins de 25 000\$ et 64.3% des familles de ces enfants ont un revenu supérieur à 25 000\$.

Instruments de mesure

Une forme abrégée du *Questionnaire d'anamnèse*, élaboré pour la recherche conjointe du GREDEF et du CLSC Drummondville (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier, & Desaulniers, 1995) a été utilisé. Ce questionnaire a permis de recueillir d'une part l'information socio-démographique et d'autre part, les informations permettant de définir ensuite le nombre et le type de facteurs de risque présents dans l'environnement familial et social de l'enfant. Les questions présentées dans ce questionnaire sont généralement semi-ouvertes, i.e. qu'elles offrent au répondant la possibilité d'avoir accès à un certain choix de réponses tout en laissant libre les commentaires. Le *Questionnaire d'anamnèse* comporte 77 questions détaillées sur les différents aspects de la vie de l'enfant et de sa famille (voir appendice A). Les questions sont regroupées selon les thèmes suivants :

- 1) les renseignements généraux
(composition de la famille, sa stabilité, le nombre d'enfants)
- 2) la scolarisation des parents
- 3) l'occupation actuelle des parents
- 4) le revenu familial
- 5) le logement et le nombre de déménagement
- 6) les informations concernant l'environnement premier de l'enfant
(période prénatale et périnatale)
- 7) les informations sur l'enfant et ses parents

(développement, santé de l'enfant et santé des parents)

- 8) les relations familiales (situations stressantes vécues dans la famille; les événements vécus par les parents durant leur enfance et leur adolescence; les relations avec les parents, les grands-parents, la fratrie et les pairs; les traumatismes vécus par l'enfant).

La présence de facteurs de risque fut évaluée d'après la *Grille opérationnelle des facteurs de risque*, élaborée par Palacio-Quintin (1996). Suite à un relevé de littérature, il lui fut possible de retenir un certain nombre de facteurs de risque et de définir le seuil de chacun. Les facteurs de risque peuvent être regroupés en trois grandes catégories. Tout d'abord, les caractéristiques concernant le contexte familial de l'enfant: la pauvreté, l'instabilité de la structure familiale, la fréquence élevée des déménagements, le nombre élevé d'enfants dans la famille, la maltraitance envers les enfants et la violence conjugale. Ensuite, les caractéristiques relatives aux parents: la faible scolarité de la mère, les problèmes de santé mentale des parents, les problèmes de consommation d'alcool ou de drogue des parents, le jeune âge de la mère à la naissance du premier enfant, l'emprisonnement d'un des parents et les antécédants de la mère tels le placement, de même que la violence et l'abus à l'enfance. Enfin, les caractéristiques de l'enfant lui-même: les problèmes de santé physique et la naissance prématurée ou le petit poids à la naissance. Pour une description complète des facteurs de risque selon les critères et seuils considérés pour chacun d'eux, voir l'appendice B.

Enfin, la *Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant*, élaborée par Jourdan-Ionescu (1995), est l'instrument qui permet de mesurer le soutien familial et social dont l'enfant bénéficie. En s'inspirant des travaux de Saranson *et al.* (1983) sur le soutien social chez l'adulte, il fut possible d'adapter cet instrument aux besoins particuliers de l'enfant. Par exemple, on peut comprendre que la situation de jeu est une réalité propre et nécessaire à l'enfant, qui doit être prise en considération dans l'évaluation du soutien social de ce dernier, alors qu'il en est tout autrement chez l'adulte. La *Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant* comporte donc deux parties (voir appendice C). La première permet d'évaluer la composition du réseau de soutien de l'enfant ainsi que la fréquence de soutien reçu par l'enfant dans diverses situations. La composition du réseau est évaluée par le relevé des personnes qui constituent des sources de soutien pour l'enfant (par exemple, sa mère, son père, des voisins adultes, etc.). On peut ainsi retrouver les ressources provenant de trois grandes catégories de personnes: la famille immédiate, la famille élargie et l'environnement extra-familial. La famille immédiate fait référence aux personnes soutenantes que peuvent être la mère, le père et la fratrie. La famille élargie regroupe les grand-parents maternels et paternels de même que les autres membres de la parenté. Quant à l'environnement extra-familial, ce sont les voisins adultes qui sont concernés tout comme les amis, la gardienne, l'éducatrice, ou tout autre personne pouvant constituer une ressource de soutien pour l'enfant d'âge préscolaire. La grille d'évaluation du soutien social permet aussi de vérifier si ces personnes répondent à certains besoins de l'enfant : être consolé, avoir du plaisir et obtenir de l'aide lors d'un problème. Il s'agit donc de rapporter à quelle fréquence (tout le temps, souvent,

à l'occasion ou jamais) les différentes ressources répondent aux diverses fonctions de soutien social envers l'enfant. Enfin, la seconde partie de la *Grille d'évaluation du soutien social* sert à identifier le nombre de personnes de la famille immédiate, de la famille élargie et de l'environnement extra-familial, auxquelles l'enfant est attaché. La validité de cet instrument pourra être obtenue en testant l'hypothèse de différence dans le soutien social entre les différents groupes d'enfants en demande de service (A) et tout-venant (B), de même que ceux à risque plus élevé (A') et à faible risque (B').

Déroulement

Vu le jeune âge des enfants étudiés, les informations furent recueillies auprès de la mère. Elle est la personne la plus près de l'enfant (Rutter & Rutter, 1993) et la plus apte à rapporter l'information pertinente à cette étude, les autres relations passant encore par son intermédiaire à cette étape du développement. D'autres auteurs qui se sont particulièrement attardés à l'étude du soutien social, ont précisé que les personnes proches des jeunes enfants sont pour eux les meilleures sources d'information (Stone & Neale, 1984; House & Kahn, 1984).

On pourrait penser que la perception de la mère face aux informations concernant l'enfant puisse contenir un biais considérable. Toutefois, certaines études ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les rapports des parents face aux informations concernant l'enfant (Holahan & Moos, 1987) et ce, même dans

les familles où un des deux parents était dépressif (Billings & Moos, 1983). Le choix de la mère, comme répondante des informations relatives à l'enfant d'âge préscolaire, apparaît le plus pertinent pour la présente étude.

Une rencontre d'environ une heure et demie fut donc prévue avec les mères des deux groupes pour administrer les deux questionnaires. Pour s'assurer que l'information soit la plus complète possible, les questions furent posées oralement à la mère, vu la longueur du *Questionnaire d'anamnèse* et la particularité de la *Grille du réseau de soutien social de l'enfant*. L'évaluateur recueillit ainsi par écrit les informations données par la mère, celle-ci ayant toutefois accès au questionnaire.

Les mères des enfants participants aux *Ateliers Cali-jours* furent en partie rencontrées au CLSC Drummondville. C'est avec la collaboration de cinq garderies et des Ateliers de développement cognitif, affectif et social du Centre Universitaire de Consultation Psychologique (UQTR) qu'il fut possible de solliciter la participation des parents du groupe tout-venant. Par l'intermédiaire de ces organisations, une lettre fut envoyée aux parents des enfants des groupes d'âge concernés, soit les 3-5 ans. Seules les mères ayant accepté de participer à la recherche et ayant retourné une autorisation écrite, furent contactées par téléphone. Au cours de ce contact téléphonique, les mères des enfants eurent la possibilité d'obtenir de plus amples informations sur le projet. C'est à travers ce même entretien qu'il fut possible de recueillir l'information nécessaire pour s'assurer que ces enfants soient équivalents à ceux du groupe Cali-jours selon certaines caractéristiques de l'enfant et de sa famille.

L'âge et le sexe de l'enfant et le revenu familial furent les critères retenus pour la sélection des sujets. Un rendez-vous fut alors fixé pour les mères des enfants correspondant aux profils des enfants du groupe Cali-jours. Les rencontres avec chacune des mères des enfants de la population tout-venant eurent lieu à domicile, étant donné la difficulté pour les garderies de fournir un local propice aux entrevues.

Plan de l'expérience et d'analyse des données

La présente recherche consiste en une étude comparative au cours de laquelle on cherche à vérifier une différence significative entre les réseaux de soutien social de deux groupes. Dans un premier temps, une attention est portée au groupe d'enfants en demande de service (A) et au groupe d'enfants tout-venant (B). Suite à l'évaluation systématique du risque au sein de ces groupes, il est possible de considérer la resubdivision de l'échantillon total en deux nouveaux groupes, soit un à risque plus élevé (A') et un à faible risque (B').

Deux variables indépendantes sont traitées à tour de rôle. Une première est celle qui caractérise les enfants qui sont en demande de service de ceux qui n'ont recours à aucun service psychosocial. Une deuxième est le risque de problèmes psychosociaux, de problèmes de développement ou de difficultés d'adaptation. La variable, dite dépendante, est représentée dans les deux cas par le soutien social. Le soutien social fait état des personnes présentes pour l'enfant dans sa famille immédiate (mère, père

et fratrie), sa famille élargie (grand-parents maternels et paternels, autre parenté) et dans son environnement extra-familial (voisins, amis, gardienne, éducatrice et autres). Ces personnes sont sujettes à remplir diverses fonctions qui constituent un soutien pour l'enfant et ce, de manière assidue.

Des statistiques descriptives sont d'abord effectuées. Elles permettent d'examiner les informations fournies par le Questionnaire d'anamnèse afin de dresser un portrait général de la population.

Trois modèles d'analyse ont été utilisés pour traiter les données. Il s'agit de l'analyse de fréquence, l'analyse non paramétrique de Mann-Witney, et l'analyse de corrélation.

Les différentes analyses furent effectuées pour chacune des divisions de groupes, soit les groupes en demande de service (A) et tout-venant (B) et dans un deuxième temps, les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B').

Par l'analyse du test non paramétrique de Mann-Whitney, nous pouvons vérifier l'existence de différences significatives entre les réseaux de soutien social de deux groupes d'enfants (A et B, puis A' et B') , du point de vue de l'étendue de chacun des réseaux.

Il est également possible de comparer la proportion d'enfants bénéficiant des diverses sources de soutien de la famille immédiate (mère, père et fratrie), de la famille élargie (grand-parents maternels et paternels et autres membres de la parenté) et de l'environnement extra-familial (voisins, amis, gardienne, éducatrice et autres) dans chacun des milieux. Cette même analyse est effectuée pour comparer les proportions de deux groupes jouissant des différentes fonctions du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire (besoin d'être consolé, d'avoir du plaisir et d'obtenir de l'aide lors d'un problème).

Enfin, une autre analyse statistique permet de vérifier l'existence de corrélation entre l'augmentation du risque et les différents aspects du réseau de soutien social (étendue, personnes ressources, situations de soutien).

Le logiciel SPSS a été retenu pour effectuer toutes les analyses statistiques et le seuil de signification a été fixé à .05.

Résultats

La section des résultats se divise en trois parties. La première porte sur la description de la population en regard de la présence de facteurs de risque. La deuxième partie s'attarde particulièrement à examiner les réseaux de soutien social des groupes d'enfants. Ainsi, il est possible de comparer les différentes ressources et situations de soutien relatives aux enfants du groupe d'enfants en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B). Il en est de même pour le groupe à risque plus élevé (A') et à faible risque (B') qui furent formés suite à la resubdivision de l'échantillon total en fonction de la présence de risque chez chacun des enfants et de leur milieu. Enfin, la troisième partie consiste à prendre connaissance du lien existant entre la présence de facteurs de risque et les différents aspects du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire.

Les facteurs de risque

Certaines caractéristiques de l'enfant et de sa famille furent retenues lors des analyses. Elles sont représentées par 15 facteurs, établis selon des critères particuliers (voir appendice B), qui constituent un risque pour l'enfant de faire face à des difficultés diverses au cours de son développement. Cette première partie fait l'état des différences existant entre les groupes A et B quant au risque.

Tout d'abord, les enfants du groupe A et du groupe B proviennent en majorité de familles où il est possible de constater la présence d'au moins un facteur de risque.

En effet, l'étendue du nombre de facteurs de risque est de 0 à 8 facteurs pour le groupe en demande de service (A) et de 0 à 6 facteurs pour le groupe tout-venant (B). En fait, le nombre moyen de facteurs de risque présents dans le contexte de vie des enfants d'âge préscolaire de l'ensemble de l'échantillon est de 2.57 facteurs. Aussi, on remarque que 55.4 % des familles à l'étude ont 2 facteurs de risque ou moins tandis qu'on peut en observer 3 et plus chez 44.6 % d'entre eux. Le groupe A présente une moyenne supérieure ($x = 3.04$, $\text{é. t.} = 2.63$) à celle du groupe B ($x = 2.11$, $\text{é. t.} = 1.66$) quant au nombre de facteurs de risque. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative ($Z(56) = -1.08$, $p = .280$). La distribution de la présence des divers facteurs de risque est détaillée au tableau 2 et illustrée à la figure 1.

Tableau 2

Distribution du groupe d'enfants en demande de service (A) et du groupe d'enfants tout-venant (B) en fonction de la présence des facteurs de risque

Facteurs de risque	Groupe A N=28		Groupe B N=28		Total N=56		P
	N	%	N	%	N	%	
Caractéristiques familiales							
source revenu (sans emploi)	10	35.7%	4	14.3%	14	25%	.064
instabilité structure fam.	11	39.9%	3	10.7%	14	25%	.014 *
déménagements fréquents	5	17.9%	2	7.1%	7	12.5%	.225
nb. élevé d'enfants	4	14.3%	2	7.1%	6	10.7%	.388
maltraitance	3	10.7%	2	7.1%	5	8.9%	.639
violence conjugale	1	3.6%	1	3.6%	2	3.6%	1.00
Caractéristiques parentales							
faible scolarité mère	3	10.7%	0	0%	3	5.4%	.075
jeune mère 1er enfant	6	21.4%	3	10.7%	9	16.1%	.275
probl. de santé mentale	5	17.9%	9	32.1%	14	25%	.217
abus alcool-drogue	10	35.7%	10	35.7%	20	35.7%	1.00
emprisonnement	4	14.3%	3	10.7%	7	12.5%	.686
placement mère	4	14.3%	4	14.3%	8	14.3%	1.00
violence/abus mère	12	42.9%	7	25%	19	33.9%	.158
Caractéristiques de l'enfant							
probl. de santé enfant	5	17.9%	6	21.4%	11	19.6%	.737
prématuré/petit poids	2	7.1%	3	10.7%	5	8.9%	.639

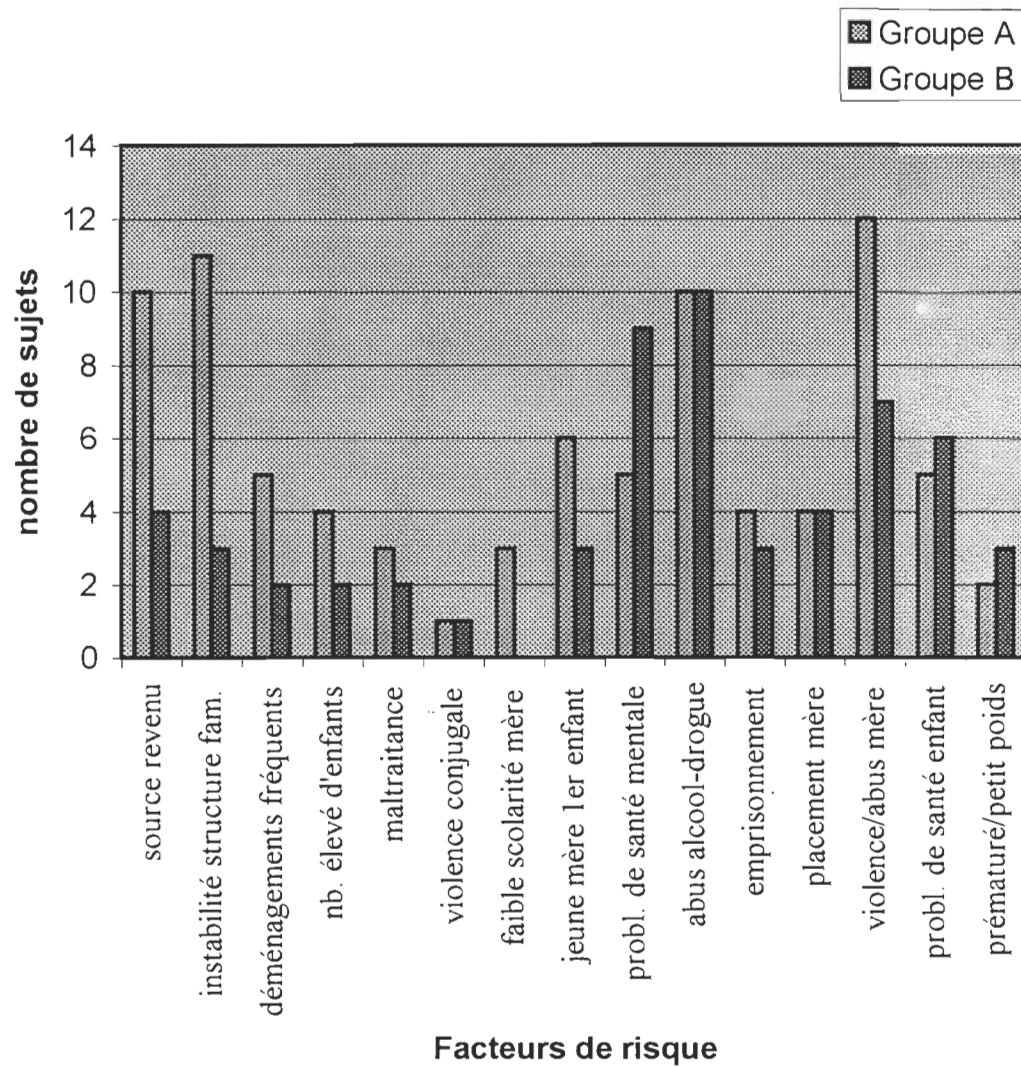


Figure 1. Distribution du groupe en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B) en fonction de la présence de facteurs de risque.

Nous présentons les facteurs de risque regroupés selon trois grandes catégories : les caractéristiques concernant l'environnement familial de l'enfant, celles reliées aux parents et celles propres à l'enfant.

Dans l'échantillon des enfants à l'étude, il s'avère que 25% vivent de l'instabilité dans leur structure familiale. En fait, il semble que la présence de ce facteur de risque soit supérieure pour le groupe A (40%) comparativement au groupe B dont seulement 10.7% des cas présentent cette situation d'instabilité. Le test du khi-carré démontre que cette différence est significative ($\chi^2 (1, N = 56) = 6.09, p = .01$), les enfants du groupe A vivant plus d'instabilité.

Concernant l'environnement familial de l'enfant, nous pouvons observer tout d'abord que les groupes A et B sont relativement différents quant à leur source de revenu. Cette différence n'est toutefois pas significative au seuil statistique fixé ($p = .064$). En effet, 64.3% des familles du groupe A ont un emploi comme source de revenu et 35.7% sont sans emploi alors que le groupe B présente un plus haut taux d'occupation à l'emploi (85.7% contre 14.3% sans emploi).

L'absence de différence significative entre le groupe en demande de service (A) et le groupe tout-venant (B) est également fréquente pour plusieurs caractéristiques de l'environnement familial des enfants. En fait, les groupes ne se distinguent pas quant aux facteurs de risque que sont la fréquence élevée de déménagements, les cas de maltraitance de l'enfant et de violence conjugale. Pour ce qui est du facteur "nombre élevé d'enfants vivant dans le même foyer", les deux groupes ne se distinguent pas

significativement. Effectivement, dans les deux groupes la même proportion d'enfants font partis de familles pour lesquelles le nombre élevé d'enfants dépasse le seuil de ce facteur. Par contre, une différence marquée apparaît quant au nombre moyen d'enfants dans la famille. En effet, le groupe en demande de service (A) présente une moyenne supérieure ($x = 2.43$, $\text{é. t.} = 1.230$) à celle du groupe tout-venant ($x = 1.71$, $\text{é. t.} = .763$). Aussi, cette différence s'avère significative selon le test non paramétrique de Mann-Whitney ($Z = -2.65$, $p = .008$). C'est donc dire que même si les familles ne sont pas considérées comme étant nombreuses, on retrouve un plus grand nombre d'enfants dans les familles du groupe en demande de service (A) comparativement au groupe tout-venant (B).

Lorsqu'on porte attention aux caractéristiques des parents qui constituent un risque pour l'enfant en développement, on constate qu'on ne retrouve aucune différence significative entre les groupes A et B face aux facteurs de risque suivants: la faible scolarité de la mère, le jeune âge de la mère à la naissance du 1^{er} enfant, les problèmes de santé mentale d'un parent, les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogue, l'emprisonnement d'un parent. Pour ce qui est des antécédents de la mère, on peut constater que les groupes en demande de service et tout-venant ne se distinguent pas significativement face aux expériences de placement à l'enfance de même que de violence et/ou d'abus au cours de l'enfance ou l'adolescence. On doit enfin noter que les facteurs de risque parentaux les plus fréquents dans l'ensemble de l'échantillon sont l'abus d'alcool et/ou de drogue (35,7%), les expériences de violence et/ou d'abus

de la mère dans sa jeunesse (33,9%), de même que les problèmes de santé mentale des parents (25%).

Quant aux caractéristiques des enfants eux-mêmes, il n'y a pas de différence entre les groupes ni dans la fréquence des problèmes de santé ($\chi^2(1, N = 56) = .113, p = .737$) ni dans la fréquence d'enfants nés prématurément ou étant de petit poids à la naissance ($\chi^2(1, N = 56) = .220, p = .639$).

En résumé, on retient qu'il existe entre les enfants du groupe en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B) un certain nombre de différences significatives quant à la présence du risque. Effectivement, les groupes se distinguent significativement face à la présence du facteur de risque qu'est l'instabilité de la structure familiale et des différences ont retenu notre attention quant à la source de revenu. Concernant le nombre moyen de facteurs de risque, même s'il est davantage élevé au sein du groupe A que du groupe B, les résultats n'ont pu démontrer des différences significatives entre les deux groupes. Aussi, on peut constater un certain nombre d'enfants à risque au sein du groupe tout-venant (B). C'est donc dire que malgré que les groupes d'enfants en demande de service (A) et tout-venant (B) soient distincts sur certains points non négligeables, on ne peut les considérer comme étant différents du point de vue des facteurs de risque.

Nous avons donc ensuite pris l'échantillon total pour effectuer une division en deux groupes en fonction du nombre de facteurs de risque présents. Le groupe à risque

plus élevé (A') a été formé avec les enfants présentant de 3 à 8 facteurs de risque et le groupe à faible risque (B') regroupe les enfants ayant un maximum de 2 facteurs de risque (32% d'entre eux ne présentent aucun facteur de risque). Ainsi, le groupe A' est composé de 25 enfants et le groupe B' de 31 enfants. On remarque évidemment une moyenne supérieure du nombre de facteurs de risque au sein du groupe A' ($x = 4.64$, $\text{é. t.} = 1.63$) qu'à celle du groupe B' ($x = .903$, $\text{é. t.} = .746$). Les résultats des analyses révèlent effectivement une différence statistiquement significative au seuil de .05 ($t(54) = -11.39$, $p < .001$). La distribution de la présence des divers facteurs de risque pour les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B') est détaillée au tableau 3 et illustrée par la figure 2.

Tableau 3

Distribution du groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et du groupe d'enfants à faible risque (B') en fonction de la présence des facteurs de risque

Facteurs de risque	Groupe A' N=25		Groupe B' N=31		Total N=56		P
	N	%	N	%	N	%	
Caractéristiques familiales							
source revenu (sans emploi)	13	52%	1	3.2%	14	25%	.000***
instabilité structure fam.	12	48%	2	6.5%	14	25%	.000***
déménagements fréquents	7	28%	0	0%	7	12.5%	.002**
nb. élevé d'enfants	5	20%	1	3.2%	6	10.7%	.044*
maltraitance	5	20%	0	0%	5	8.9%	.009**
violence conjugale	1	4%	1	3.2%	2	3.6%	.877
Caractéristiques parentales							
faible scolarité mère	3	12%	0	0%	3	5.4%	.0478
jeune mère 1er enfant	7	28%	2	6.5%	9	16.1%	.029*
probl. de santé mentale	11	44%	3	9.7%	14	25%	.003**
abus alcool-drogue	17	68%	3	9.7%	20	35.7%	.000***
emprisonnement	7	28%	0	0%	7	12.5%	.002**
placement mère	7	28%	1	3.2%	8	14.3%	.008**
violence/abus mère	12	48%	7	22.6%	19	33.9%	.046*
Caractéristiques de l'enfant							
probl. de santé enfant	7	28%	4	12.9%	11	19.6%	.157
prématuré/petit poids	2	8%	3	9.7%	5	8.9%	.827

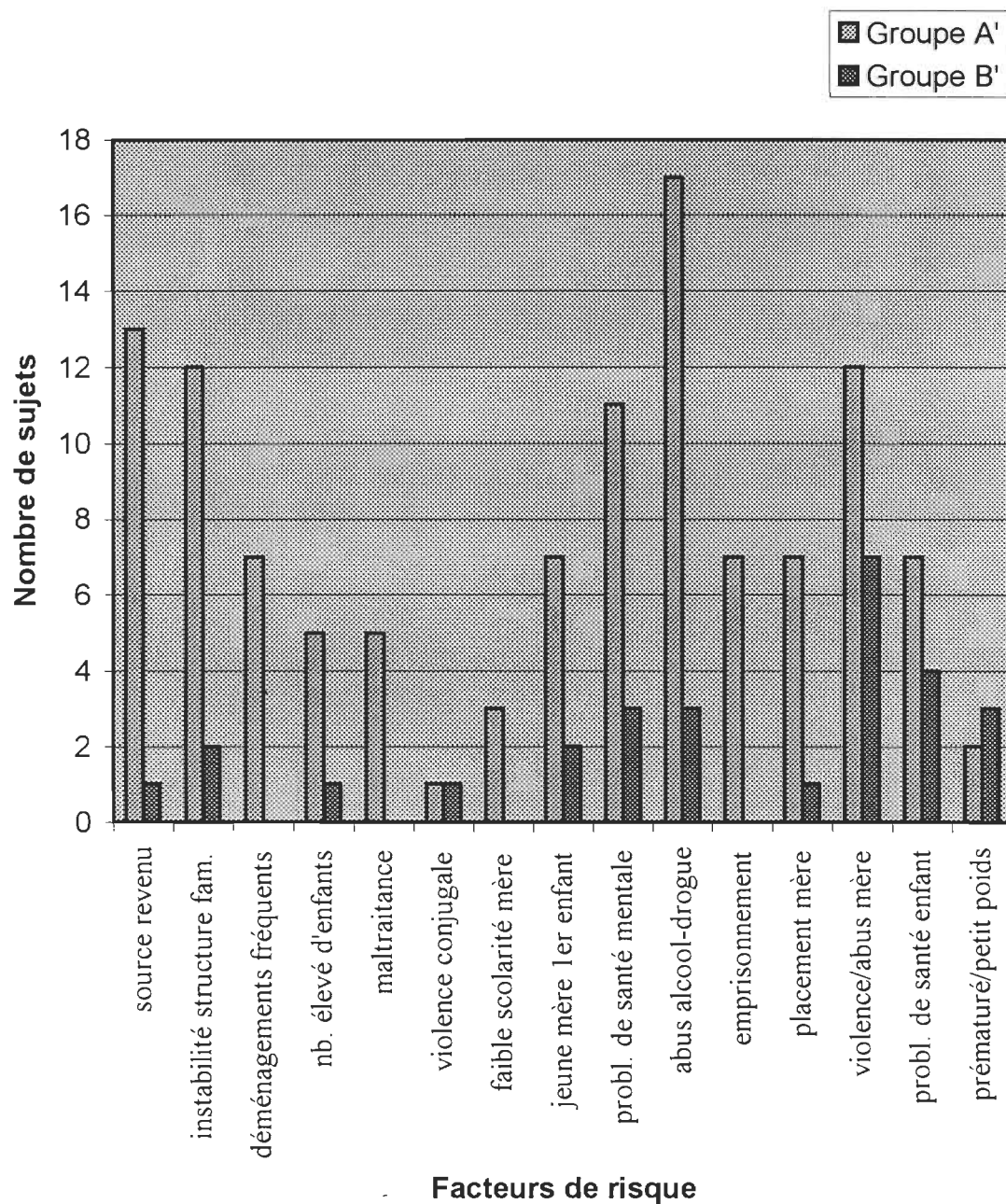


Figure 2. Distribution du groupe à risque plus élevé (A') et du groupe à faible risque en fonction de la présence de risque.

Les facteurs de risque que nous présentons, concernant les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B'), sont également regroupés selon trois catégories: les caractéristiques de l'environnement familial de l'enfant, celles reliées aux parents et celles propres à l'enfant.

Tout d'abord l'environnement familial de l'enfant. Nous pouvons constater que les groupes A' et B' sont extrêmement différents quant à leur source de revenu. Cette différence est effectivement significative au plan statistique ($p < .001$). En effet, 52% des familles du groupe A' sont sans emploi alors que le groupe B présente un très haut taux d'emploi (96.8% contre 3.2% sans emploi).

Une seconde caractéristique qui distingue les enfants du groupe à risque plus élevé (A') du groupe à faible risque (B') est celle de l'instabilité du milieu familial des enfants. En effet, la présence de ce facteur de risque est largement supérieure pour le groupe A' ($n = 12$) comparativement au groupe B dont seulement 6.5% ($n = 2$) des cas présentent cette situation d'instabilité. Le test du khi-carré démontre que cette différence est significative ($\chi^2(1, N = 56) = 12.74, p < .001$). C'est également au sein du groupe A' que l'on retrouve une plus grande fréquence de déménagements multiples ($n = 7$) comparativement au groupe B' qui n'en compte aucun. Cette différence dans la distribution des deux groupes est significative statistiquement ($\chi^2(1, N = 56) = 9.92, p = .002$).

Quant au nombre élevé d'enfants dans la famille, le groupe A' présente un plus grand nombre de cas présentant ce facteur de risque (20%, $n = 5$) comparativement au groupe B' (3.2%, $n = 1$). Selon le test du khi-carré, cette différence est significative au plan statistique respectant la marge d'erreur de 5% ($\chi^2(1, N = 56) = 4.07, p = .044$).

Concernant la maltraitance des enfants, il semble qu'elle soit significativement plus présente au sein du groupe A' ($n = 5$) alors que le groupe B' n'en compte aucun cas. Par le fait même, on peut constater que le test χ^2 révèle une différence qui soit statistiquement significative dans la distribution des deux groupes ($\chi^2(1, N = 56) = 6.81, p = .009$). D'autre part, le nombre de cas de violence conjugale rapporté est le même au sein des deux groupes ($n = 1$). Le test du khi-carré démontre effectivement l'absence d'une différence significative dans la distribution des groupes A' et B' concernant ce facteur de risque ($\chi^2(1, N = 56) = .024, p = .877$).

Pour ce qui est des caractéristiques des parents qui représentent un risque pour l'enfant, on constate qu'on retrouve au sein du groupe A' un certain nombre de femmes qui ont une faible scolarité ($n = 3$) alors que le groupe B' n'en compte aucune. Cette différence entre les deux groupes s'avère significative statistiquement ($\chi^2(1, N = 56) = 3.93, p = .047$). Il en est de même concernant le nombre de cas où la mère était de jeune âge à la naissance du premier bébé. La fréquence de ce facteur de risque est plus de deux fois supérieure au sein du groupe A' ($n = 7$) que du groupe B' ($n = 2$). Aussi, le test du khi-carré démontre clairement que cette différence entre les deux groupes est statistiquement significative ($\chi^2(1, N = 56) = 4.76, p = .029$).

Lorsqu'on porte attention aux problèmes de santé mentale, on constate la prédominance de ce facteur de risque auprès des parents chez les familles du groupe A' (n = 11) comparativement à celles du groupe B' (n = 3). Cette différence est effectivement significative statistiquement à .05, selon le test du khi-carré ($\chi^2(1, N = 56) = 8.70, p = .003$). Aussi, on peut remarquer une différence majeure et significative statistiquement entre les groupes A' (n = 17) et B' (n = 3) concernant les problèmes d'abus d'alcool et de drogue chez les parents ($\chi^2(1, N = 56) = 20.50, p =$

L'emprisonnement d'un des parents est un autre facteur de risque qui est présent de façon plus marquée au sein du groupe A' (n = 7) comparativement au groupe B' au sein duquel on n'en compte aucun. Aussi, la différence entre les groupes dans la distribution du nombre de cas dont un des parents a déjà été emprisonné est significative statistiquement ($\chi^2(1, N = 56) = 9.92, p = .002$).

Concernant les antécédents de la mère, on peut également constater des différences importantes entre le groupe à risque plus élevé (A') et le groupe à faible risque (B') face aux facteurs de risque que sont les expériences de placement, de même que de violence et/ou d'abus à l'enfance. En effet, les mères ayant vécu un placement à l'enfance sont en plus grand nombre dans le groupe A' (n = 7) que le groupe B' (n = 1). Le test du khi-carré confirme qu'il existe une différence qui soit statistiquement significative ($\chi^2(1, N = 56) = 6.94, p = .008$). Également, on retrouve une plus

grande proportion des mères, victimes de violence et/ou d'abus à l'enfance, au sein du groupe A' (n = 12) qu'à celui du groupe B' (n = 7). Cette différence dans la distribution des deux groupes est statistiquement significative à .05 ($\chi^2(1, N = 56) = 3.99, p = .046$).

Toujours selon les résultats présentés au tableau 3 et illustrés à la figure 2, il n'y a pas de différences entre le groupe à risque plus élevé (A') et le groupe à faible risque (B') concernant les caractéristiques des enfants eux-mêmes. Effectivement, quoique la fréquence des problèmes de santé soit supérieure pour les enfants du groupe A' (n = 7) que ceux du groupe B' (n = 4), les analyses démontrent qu'on ne peut parler de différence significative entre les deux groupes ($\chi^2(1, N = 56) = 2.00, p = .157$). Aussi, la fréquence de la prématurité ou le petit poids de l'enfant à la naissance est sensiblement la même pour les groupes A' (n = 2) et B' (n = 3). Le test du khi-carré ne relève pas de différence significative au plan statistique ($\chi^2(1, N = 56) = .048, p = .827$).

En somme, on peut comprendre qu'il existe des différences marquées face à la présence du risque chez les enfants des groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B'). Les groupes sont distincts de façon significative quant à la présence de nombreuses caractéristiques familiales et parentales des enfants à l'étude. Effectivement, la source de revenu, l'instabilité de la structure familiale, les déménagements fréquents, le nombre élevé d'enfants dans la famille, la maltraitance des enfants, la faible scolarité de la mère, les cas où la mère était de jeune âge à la

naissance du 1^{er} enfant, les problèmes de santé mentale, d'abus d'alcool et de drogue chez les parents, l'emprisonnement d'un parent, le placement de même que la violence et/ou l'abus de la mère à l'enfance, sont autant de caractéristiques qu'on retrouve davantage auprès du groupe à risque plus élevé (A'). Évidemment, le nombre de facteurs de risque est aussi significativement plus élevé au sein du groupe A' que du groupe B'. Ce qui nous permet de dire que le groupe A' est à risque plus élevé comparativement au groupe B' qui est à faible risque.

C'est donc en examinant d'une part les réseaux de soutien social des groupes A et B et d'autre part ceux des groupes A' et B', qu'on peut comprendre davantage les différences existant entre les environnements des enfants en demande de service (A) et tout-venant (B), de même que ceux des enfants à risque plus élevé (A') et à faible risque (B').

Le réseau de soutien social

Deux principaux aspects du réseau de soutien social ont retenu l'attention au cours de l'analyse. Dans un premier temps, les résultats font état de la diversité de personnes ressources du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire, de même que du nombre et type de personnes auxquelles l'enfant est attaché. Par la suite, un regard est porté aux situations dans lesquelles l'enfant est susceptible de recevoir du soutien.

Groupes en demande de service (A) et tout-venant (B)

Sources de soutien

Le réseau de soutien social est composé de différentes personnes ressources qui peuvent être regroupées selon certaines catégories. Par exemple, la fratrie qui représente l'ensemble des frères et des sœurs ou encore la parenté qui englobe les oncles, tantes, cousins, cousines etc. Le tableau 4 fait état de la moyenne du nombre de catégories de personnes présentes dans le réseau de soutien social des enfants des groupes en demande de service (A) et tout-venant (B). La différence entre les moyennes des deux groupes s'avère significative ($Z = -3.415, p = .001$). Les résultats, présentés au tableau 4, démontrent donc que les enfants du groupe B ont une plus grande variété de personnes qui peuvent constituer pour eux un soutien dans leur environnement social.

Tableau 4

Moyennes de catégories de personnes soutenantes pour le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe d'enfants tout-venant (B)
(analyses non paramétriques)

Total de catégories de personnes présentes	Groupe (A) N=28			Groupe (B) N=28			Z	p
	Moyenne	σ	max/min	Moyenne	σ	max/min		
	6.393	1.524	10/4	7.786	1.315	10/4	-3.415	.000***

Pour poursuivre dans le même ordre d'idée, il convient de prendre connaissance des différences existant entre les enfants en demande de service (groupe A) et ceux tout-venant (groupe B) face à la présence de personnes ressources de même que celles existant entre les diverses sources de soutien. Les résultats concernant la fréquence de soutien provenant de différentes sources du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire sont présentés au tableau 5.

Tableau 5

Fréquence moyenne de soutien provenant de différentes sources
du réseau de soutien social des enfants du groupe en
demande de service (A) et du groupe tout-venant (B)
(analyses non paramétriques)

Sources de soutien	Groupe A N=28		Groupe B N=28		Z	p
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
famille immédiate	2.125	0.446	2.174	0.333	-.772	.440
mère	2.446	0.091	2.452	0.456	-.118	.907
père	1.583	0.858	1.893	0.737	-1.41	.159
fratrie	1.601	0.854	1.113	0.999	-1.80	.071
famille élargie	1.029	0.657	1.422	0.57	-2.17	.030*
g.-p. maternels	0.923	0.81	1.214	0.881	-1.22	.224
g.-p. paternels	0.536	0.681	1.19	0.756	-3.11	.002**
parenté	0.452	0.721	1.054	0.833	-2.81	.005**
extra-familial	1.265	0.472	1.511	1.315	-1.95	.051*
voisins adultes	0.333	0.497	0.536	0.75	-.824	.410
amis	0.685	0.875	1.423	0.599	-3.12	.002**
gardienne	0.917	0.645	0.869	0.858	-.228	.819
éducatrice	0.762	0.874	1.411	0.858	-2.65	.008**
autres	0.286	0.858	0.107	0.858	-1.48	.138

Les résultats démontrent qu'il n'existe aucune différence significative au seuil fixé au plan statistique entre les moyennes des groupes A et B du point de vue de la présence de la famille immédiate comme source de soutien ($Z = -.772, p = .440$). Il est ainsi possible de remarquer l'absence de différence entre les deux groupes qui soit statistiquement significative quant aux sources de soutien que peuvent constituer la mère ($Z = -.118, p = .907$) et le père ($Z = -1.41, p = .159$). Toutefois, les résultats révèlent au test-t une différence quasi significative entre les moyennes des groupes face à la fréquence du soutien fourni par la fratrie ($Z = -1.80, p = .071$) et ce, en faveur du groupe A. Enfin, il faut noter que selon les résultats, c'est le groupe de la famille immédiate qui constitue la source de soutien la plus fréquente pour l'enfant d'âge préscolaire (voir les moyennes présentées au tableau 5). Il est également possible de constater que la présence de la mère varie de « souvent » à « tout le temps », sans égard aux situations, tandis que le père agit en moyenne comme source de soutien pour l'enfant « à l'occasion » à « souvent ». Il en est sensiblement de même pour la fréquence de soutien provenant de la fratrie de l'enfant d'âge préscolaire.

D'autre part, les résultats aux test-t démontrent l'existence d'une différence statistiquement significative à .05 entre les moyennes des deux groupes, en regard de la présence de la famille élargie comme source de soutien ($Z = -2.17, p = .030$). C'est donc dire que la famille élargie est présente comme source de soutien plus fréquemment au sein du groupe B que du groupe A. Aussi, cette différence se reflète significativement lorsqu'on compare la présence des grands-parents paternels ($Z = -3.11, p = .002$) et des autres membres de la parenté ($Z = -2.81, p = .005$) comme

source de soutien. Concernant la présence des grands-parents maternels, il semble qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative à .05 ($Z = -1.22$, $p = .224$).

Pour ce qui est maintenant de l'environnement extra-familial de l'enfant d'âge préscolaire, les résultats démontrent qu'il existe une différence significative entre les deux groupes ($Z = -1.95$, $p = .051$). Aussi, si on regarde plus particulièrement les diverses personnes pouvant faire partie du contexte extra-familial de l'enfant, on constate des différences significatives entre les groupes A et B. C'est précisément le cas des amis ($Z = -3.12$, $p = .002$) et de l'éducatrice ($Z = -3.12$, $p = .008$) qui sont en moyenne présents de façon plus fréquente chez les enfants du groupe B que chez ceux du groupe A. La présence de soutien pour l'enfant de 3-5 ans provenant de ces personnes, semble être procuré en moyenne « à l'occasion » et constituent les sources de soutien les plus fréquentes de l'environnement extra-familial. Quant aux autres ressources, elles tendent à être moins présentes pour l'enfant d'âge préscolaire. Aussi, les résultats aux test-t ne démontrent aucune différence entre les groupes qui soit statistiquement significative quant à la présence des ressources telles la gardienne ($Z = -.228$, $p = .819$), les voisins adultes ($Z = -.824$, $p = .410$), de même que toute autre personne pouvant constituer un soutien ($Z = -1.48$, $p = .138$).

De plus, les différences de moyennes des groupes A et B concernant le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché vont dans le même sens que les résultats se rapportant à la fréquence de soutien procuré à l'enfant. Les résultats des analyses

effectuées, considérant le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché, sont présentés au tableau 6.

Tableau 6

Nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché pour le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe tout-venant (B)
(analyses non paramétriques)

Figures d'attachement	Groupe A N=28			Groupe B N=28			Z	p
	Moyenne	σ	min/max	Moyenne	σ	min/max		
nb. total de personnes	5.357	1.89	2/9	7.071	2.193	3/12	-2.84	.005**
famille immédiate	2.964	0.793	2/4	2.107	1.031	0/4	-3.00	.003**
famille élargie	1.607	1.641	0/6	3.607	1.833	0/8	-3.90	.000***
extra-familial	0.786	1.197	0/4	1.393	1.707	0/6	-1.41	.158

Il existe une différence statistiquement significative du nombre total moyen de personnes rapportées comme étant des figures d'attachement pour l'enfant ($Z = -2.84$, $p = .005$). Plus précisément, on remarque un écart entre les deux groupes du nombre moyen de personnes rapportées dans la famille immédiate auxquelles l'enfant est attaché et il s'avère que cette différence soit statistiquement significative ($Z = -3.00$, $p = .003$). Il en est de même du nombre de personnes dans la famille élargie ($Z = -3.90$, $p = .000$). Concernant le nombre de personnes dans l'environnement extra-familial

des enfants d'âge préscolaire, les résultats démontrent qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative au seuil fixé à .05 ($Z = -1.41, p = .158$).

Situations de soutien

La fréquence de présence de soutien dans différentes situations fut également analysée pour les groupes en demande de service (A) et tout-venant (B). Les résultats sont présentés au tableau 7.

Tableau 7

Fréquences de soutien dans diverses situations de la vie des
enfants d'âge préscolaire pour le groupe en demande de service (A)
et le groupe tout-venant (B)
(analyses non paramétriques)

Situations de soutien	Groupe A N=28		Groupe B N=28		<i>t</i>	<i>p</i>
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
besoin d'être consolé	1.713	0.307	1.801	0.408	.91	.365
besoin d'aide lors d'un problème	1.282	0.986	1.869	0.471	2.84	.007**
besoin d'avoir du plaisir	1.689	0.398	1.762	0.37	.71	.480

Comme l'illustre le tableau 7, le groupe B bénéficie de la présence du soutien social de façon plus fréquente que le groupe A et ce, dans chacune des situations présentées. Toutefois, ces écarts entre les moyennes des deux groupes varient selon les situations et nous amènent à porter un regard particulier sur chacune d'elles. On constate ainsi qu'il existe une différence statistiquement significative à .05 concernant la fréquence moyenne de soutien dont peuvent bénéficier les enfants des deux groupes « lorsqu'ils ont besoin d'aide lors d'un problème » ($t(39) = 2.84, p = .007$). Il en est cependant autrement lorsqu'il s'agit des autres situations. Effectivement, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les moyennes des groupes A et B face au soutien lors des besoins « d'être consolé » ($t(54) = .91, p = .365$) et « d'avoir du plaisir » ($t(54) = .71, p = .480$). De façon globale, il semble donc que les enfants du groupe B bénéficient davantage du soutien de leur réseau social dans les situations de leur vie courante.

Pour résumer, le groupe d'enfants en demande de service (A) et le groupe d'enfants tout-venant (B) présentent des différences statistiquement significatives concernant plusieurs aspects du réseau de soutien social. De façon globale, ils se distinguent quant à la variété du soutien, soit le nombre total de catégories de personnes qui peuvent leur procurer un soutien. Les groupes diffèrent également lorsqu'on porte attention au nombre total de figures d'attachement et plus précisément celles au sein de la famille immédiate de même que de la famille élargie. Les groupes démontrent des différences significatives face à la fréquence de soutien procuré globalement par la famille élargie et l'environnement extra-familial. Lorsqu'on

examine les diverses ressources, une distinction s'établit entre les groupes pour le soutien procuré par la fratrie, les grands-parents paternels, les autres membres de la parenté, les amis et l'éducatrice. C'est donc dire que les résultats démontrent clairement certaines différences existant entre les réseaux de soutien social des enfants d'âge préscolaire du groupe en demande de service (A) et ceux du groupe tout-venant (B).

Groupe à risque plus élevé (A') et à faible risque (B')

Sources de soutien

Les différents aspects du réseau de soutien social ont également été observés pour les nouveaux groupes formés suite à la resubdivision de l'échantillon total selon le niveau de risque. Le tableau 8 présente donc la moyenne du nombre de catégories de personnes présentes dans le réseau de soutien social des enfants des groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B').

Tableau 8

Moyennes de catégories de personnes soutenant pour le groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et le groupe d'enfants à faible risque (B') (analyses non paramétriques)

Total de catégories de personnes présentes	Groupe (A') N=25			Groupe (B') N=31			Z	p
	Moyenne	σ	max/min	Moyenne	σ	max/min		
	6.760	1.508	9/4	7.355	1.603	10/4	-1.054	.154

Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B') concernant le nombre de catégories de personnes soutenant pour l'enfant ($Z = -1.054$, $p = .154$).

Tableau 9

Fréquence moyenne de soutien provenant de différentes sources du réseau de soutien social de l'enfant pour le groupe à risque plus élevé (A') et le groupe à faible risque (B') (analyses non paramétriques)

Sources de soutien	Groupe A' N=25		Groupe B' N=31		Z	p
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
famille immédiate	2.141	.431	2.156	.363	-.413	.680
mère	2.407	.545	2.484	.393	-.338	.736
père	1.607	.899	1.844	.724	-.797	.425
fratrie	1.153	.973	1.522	.920	-1.39	.163
famille élargie	1.112	.813	1.317	.528	-1.33	.184
g.-p. maternels	.773	.773	1.306	.848	-2.28	.022*
g.-p. paternels	.747	.851	.957	.729	-1.23	.218
parenté	.693	.967	.801	.713	-.875	.382
extra-familial	1.512	.486	1.288	.556	-1.44	.150
voisins adultes	.613	.678	.290	.897	-2.03	.043*
amis	1.127	.754	.995	.897	-.527	.599
gardienne	.947	.815	.849	.626	-.353	.724
éducatrice	1.173	1.023	1.016	.835	-.538	.591
autres	.120	.440	.258	.575	-1.17	.244

Les résultats ne démontrent aucune différence significative à .05 au plan statistique entre les moyennes des groupes A' et B' quant à la présence de la famille immédiate comme source de soutien ($Z = -.413, p = .680$). Lorsqu'on porte attention aux personnes ressources regroupées dans cette catégorie, on constate qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes A' et B' face à la fréquence de soutien procurée par la mère ($Z = -.338, p = .736$) et le père ($Z = -.797, p = .425$). Aussi, on peut observer une tendance non significative entre les moyennes des groupes face à la fréquence du soutien fourni par la fratrie ($Z = -1.39, p = .163$) et ce, en faveur du groupe à faible risque (B'). Toujours selon les moyennes présentées au tableau 9, on constate que c'est le groupe de la famille immédiate qui constitue les sources de soutien les plus fréquentes pour l'enfant d'âge préscolaire. On peut aussi y comprendre, selon le score moyen de fréquence de soutien, que la présence de la mère varie de « souvent » à « tout le temps », sans égard aux situations. Le père quant à lui semble en moyenne procurer du soutien à son enfant dans des fréquences allant de « à l'occasion » à « souvent ». La fratrie semble être présente sensiblement comme le père concernant la fréquence de soutien pour l'enfant d'âge préscolaire.

En regard de la présence de la famille élargie comme source de soutien, les résultats ne démontrent pas de différence entre les groupes A' et B' qui soit significative au plan statistique ($Z = -1.33, p = .184$). Toutefois, on peut remarquer une tendance positive en faveur du groupe à faible risque (B') qui présente pour toutes les personnes ressources de cette catégorie, des moyennes supérieures de fréquence de soutien à celles du groupe à risque plus élevé (A'). Aussi, cette différence se reflète

significativement lorsqu'on compare la présence des grands-parents maternels ($Z = -2.28, p = .022$) comme source de soutien. Concernant la présence des grands-parents paternels ($Z = -1.23, p = .218$) et des autres membres de la parenté ($Z = -.875, p = .382$), il semble qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative à .05.

Concernant l'environnement extra-familial de l'enfant d'âge préscolaire, on ne peut confirmer l'existence d'une différence entre les groupes A' et B' qui soit statistiquement significative ($Z = -1.44, p = .150$). Aussi, lorsqu'on fait l'examen détaillé des moyennes relatives à chacune des personnes ressources regroupées dans cette catégorie, on remarque une tendance en faveur du groupe à risque plus élevé (A') à bénéficier de façon plus fréquente du soutien de l'environnement extra-familial. Il en est particulièrement évident de la présence des voisins adultes. Effectivement, le groupe A' présente une moyenne significativement supérieure à celle du groupe B' ($Z = -2.03, p = .043$). C'est donc dire que les voisins adultes procurent du soutien de façon plus fréquente aux enfants du groupe à risque plus élevé (A') qu'à ceux du groupe à faible risque (B'). Aussi, on doit souligner que la fréquence de soutien provenant des amis et de l'éducatrice, semble être procuré en moyenne « à l'occasion » et constituent les sources de soutien les plus fréquentes de l'environnement extra-familial. Toutefois, même si c'est au sein du groupe à risque plus élevé (A') que ces personnes sont nommées comme apportant plus fréquemment du soutien, on ne peut constater des différences significatives entre les groupes concernant les ressources que sont les amis ($Z = -.527, p = .599$) et l'éducatrice ($Z = -.538, p = .591$). Quant aux autres personnes du réseau social, elles tendent à être

moins présentes pour l'enfant d'âge préscolaire. Les résultats des analyses ne démontrent pas de différence entre les groupes qui soit statistiquement significative pour ce qui est des ressources telles la gardienne ($Z = -.353, p = .724$), de même que toute autre personne pouvant constituer un soutien ($Z = -1.17, p = .244$).

Pour poursuivre, le tableau 10 présente les résultats des analyses effectuées, considérant le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché.

Tableau 10

Nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché pour
les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B')
(analyses non paramétriques)

Figures d'attachement	Groupe A' N=25			Groupe B' N=31			Z	p
	Moyenne	σ	min/max	Moyenne	σ	min/max		
nb. total de personnes	5.440	1.850	3/9	6.839	2.296	2/12	-2.21	.027*
famille immédiate	2.440	1.083	0/4	2.613	2.065	0/8	-.600	.548
famille élargie	2.200	1.871	0/6	2.935	2.065	0/8	-1.28	.201
extra-familial	.800	1.225	0/4	1.323	1.661	0/6	-1.05	.292

Les résultats révèlent un écart entre les moyennes des groupes d'enfants à risque plus élevé (A') et à faible risque (B') concernant le nombre total moyen de personnes rapportées comme étant des figures d'attachement pour l'enfant. Aussi, il est possible de constater que cette différence entre les groupes s'avère significative statistiquement

($Z = -2.21, p = .027$). Plus précisément, on remarque dans chacune des catégories de personnes ressources, un écart entre les deux groupes du nombre moyen de personnes rapportées comme étant des figures d'attachement pour l'enfant. Toutefois, on ne peut confirmer l'existence d'une différence significative entre les groupes concernant le nombre de figures d'attachement au sein de la famille immédiate ($Z = -.600, p = .548$), de la famille élargie ($Z = -1.28, p = .201$), tout comme de l'environnement extra-familial ($Z = -1.05, p = .292$).

Situations de soutien

Le tableau 11 présente les résultats concernant la fréquence de présence de soutien dans différentes situations.

Tableau 11

Fréquences de soutien dans diverses situations de la vie des
enfants d'âge préscolaire pour le groupe à risque plus élevé (A')
et le groupe à faible risque (B')
(analyses non paramétriques)

Situations de soutien	Groupe A' N=25		Groupe B' N=31		<i>t</i>	<i>p</i>
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
besoin d'être consolé	1.782	.387	1.736	.343	-.47	.642
besoin d'aide lors d'un problème	1.629	.862	1.534	.798	-.43	.672
besoin d'avoir du plaisir	1.728	.367	1.723	.401	-.05	.959

Selon les résultats, le groupe A' semble bénéficier en moyenne plus fréquemment de la présence du soutien social comparativement au groupe B' et ce, dans chacune des situations présentées. Cependant, on peut rapidement constater que ce faible écart entre les moyennes ne révèle aucune différence qui soit significative statistiquement. Les résultats démontrent que les groupes à risque plus élevé (A') et à faible risque (B') ne peuvent être considérés différents face à la fréquence de soutien que leur procurent les personnes de leur réseau de soutien social lors des besoins « d'être consolé » ($t(54) = -.47, p = .642$), « d'avoir de l'aide lors d'un problème » ($t(54) = -.43, p = .672$) et « d'avoir du plaisir » ($t(54) = -.05, p = .959$).

En somme, lorsqu'on compare le groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et le groupe d'enfants à faible risque (B') on peut remarquer seulement quelques différences statistiquement significatives concernant certains aspects du réseau de soutien social. Aussi, les résultats confirment que les groupes A' et B' se distinguent face au nombre total de figures d'attachement. De façon détaillée, une distinction semble être présente entre les groupes A' et B' concernant le soutien procuré par les grands-parents maternels de même que celui provenant des voisins adultes. Les résultats montrent que le groupe à risque plus élevé (A') ne se distingue pas du groupe à faible risque (B') dans l'ensemble des aspects du réseau de soutien social de l'enfant de 3-5 ans, mais se distinguent dans quelques aspects particuliers.

Lien entre les facteurs de risque et le réseau de soutien social

Sans égard aux groupes précédemment déterminés, des corrélations de Pearson ont été effectuées sur l'ensemble de l'échantillon pour analyser la relation entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et les différents aspects du réseau de soutien social. Les résultats de ces analyses statistiques sont présentés au tableau 12.

Tableau 12

Corrélation entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et la fréquence de soutien des diverses ressources du réseau de social de l'enfant d'âge préscolaire

Ressources	Facteurs de risques	
	<i>r</i>	P
fam. immédiate	-.1064	.435
mère	-.1385	.309
père	-.1795	.186
fratrie	-.0322	.814
fam. élargie	-.2804	.036*
g-p maternels	-.4105	.002**
g-p paternels	-.2416	.073
parenté	-.1565	.249
extra-familial	.1813	.181
voisins adultes	.2352	.081
amis	.0257	.851
gardienne	-.0218	.873
éducatrice	.1367	.315
autres	-.0829	.543
total de catégories de pers. présentes	-.2320	.085

L'examen des corrélations entre la fréquence de soutien présent dans le réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire et le nombre de facteurs de risque appuie en partie l'hypothèse d'une relation négative entre ces deux variables ($r = -.2320$, $p = .085$).

Effectivement, il semble qu'il existe un certain lien entre l'augmentation de la présence du risque chez les enfants de l'échantillon et la fréquence du soutien. Tout d'abord, on doit constater qu'il n'existe pas de lien significatif au plan statistique ($p > .05$) entre l'augmentation du risque et la fréquence du soutien venant de différentes personnes de la famille immédiate ($r = -.1064$, $p = .435$). Toutefois, lorsqu'on porte attention aux catégories de soutien que sont la famille élargie et l'environnement extra-familial, on peut observer une certaine relation entre le risque et la présence de diverses ressources.

Concernant la famille élargie, il semble qu'il existe une corrélation négative et significative ($r = -.2804$, $p = .036$) entre le soutien apporté par cette catégorie de personnes ressources et l'augmentation du risque. Aussi, lorsqu'on examine les résultats détaillés des corrélations, il est possible de constater une relation négative significative ($p < .05$) entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et le soutien apporté par une seule catégorie de personnes ressources dans le réseau de soutien social de l'enfant de cet âge : les grands-parents maternels ($r = -.4105$, $p = .002$). Les résultats affichent également cette relation négative quant au soutien des grands-parents paternels ($r = -.2416$, $p = .073$), sans toutefois être significative statistiquement au seuil fixé. Le lien entre les grands-parents et les facteurs de risque démontre donc que leur absence comme soutien est associée au risque élevé pour l'enfant d'âge préscolaire.

Pour ce qui est de l'environnement extra-familial, une relation positive mais non significative au seuil statistique fixé ($p > .05$) est établi entre la fréquence de soutien de cette catégorie de personnes ressources et l'augmentation du risque chez les enfants de l'échantillon ($r = .1813$, $p = .181$). On doit noter l'existence d'un certain lien en particulier entre la présence du soutien des voisins adultes et l'augmentation du risque ($r = .2352$, $p = .081$). Cependant, de façon détaillée, on ne peut constater aucun lien qui soit significatif entre la présence des différentes personnes ressources de l'environnement extra-familial de l'enfant et l'augmentation du risque.

Les résultats présentés au tableau 13 font état des corrélations existant entre le nombre de figures d'attachement et l'augmentation du risque chez les enfants d'âge préscolaire.

Tableau 13

Corrélations entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et le nombre de personnes auxquelles l'enfant d'âge préscolaire est attaché

Figures d'attachement	Facteurs de risque	
	<i>r</i>	P
nb. total de personnes	-.2175	.107
nb. fam. immédiate (mère, père, fratrie)	.0635	.642
nb. fam. élargie (g.-p. maternels et paternels, parenté)	-.1976	.144
nb. extra-familial (voisins, amis, gardienne, éducatrice, autres)	-.1084	.426

On peut constater une certaine relation négative entre le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché et le nombre de facteurs de risque mais cette relation n'est pas significative au seuil fixé ($r = -.2175, p = .107$). Toutefois, de façon globale on ne peut affirmer qu'il existe un lien significatif entre l'augmentation du risque et le nombre de personnes constituant un soutien ou une figure d'attachement pour l'enfant d'âge préscolaire et ce, tant dans la famille immédiate, dans la famille élargie, que dans l'environnement extra-familial.

Enfin, on peut retenir que l'augmentation de la présence du risque chez les enfants d'âge préscolaire de l'échantillon est en lien avec certaines ressources de leur réseau de soutien social. C'est particulièrement le cas de la famille élargie qui semble être plus souvent absente quant au soutien lorsque le risque est davantage élevé dans le contexte de l'enfant. Plus précisément, l'absence des grands-parents peut être associée à cette situation de risque pour l'enfant de faire face à certaines difficultés au cours de son développement. De façon générale, on ne peut toutefois observer de lien valable entre l'absence de personnes soutenantes, de même que la faible fréquence de soutien, et la présence croissante du risque dans les contextes de vie des enfants de l'échantillon.

Discussion

Cette recherche avait pour objectif de vérifier l'existence de différences entre les réseaux de soutien social de divers groupes d'enfants d'âge préscolaire. Dans un premier temps, il fut possible de comparer un groupe d'enfants en demande de service et un de la population tout-venant. Considérant une certaine équivalence des groupes en regard de leur niveau de risque et vue la correspondance de leur niveau socio-économique, l'échantillon total fut resubdivisé en deux groupes, soit un premier à risque plus élevé et un second à faible risque. L'existence de différences entre les réseaux de soutien social des enfants de ces deux groupes fut également examinée. Il s'agissait de plus, d'explorer d'où proviennent éventuellement ces différences dans la composition même du réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire. De même, on cherchait à savoir quelles sont les personnes, autres que les parents, pouvant avoir une place significative auprès de l'enfant de 3-5 ans.

La première hypothèse postulant que le réseau de soutien social et familial des enfants en demande de service soit moins étendu que celui de la population tout venant est vérifiée. L'analyse démontre qu'il existe des différences significatives entre plusieurs dimensions du réseau de soutien social des enfants des deux groupes et ce, en faveur du groupe d'enfants de la population tout-venant.

La seconde hypothèse amenant l'idée que les enfants à risque plus élevé aient un réseau de soutien social moins étendu que celui des enfants à faible risque n'a pu être vérifiée dans son ensemble. En effet, les résultats des analyses témoignent d'une

différence significative entre les groupes concernant le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché mais ne peuvent confirmer la présence de différences significatives concernant la variété de catégories de personnes disponibles dans le réseau de soutien social de l'enfant et la fréquence de soutien.

La dernière hypothèse concernant l'existence d'un lien entre le nombre présent de facteurs de risque et la richesse du réseau de soutien social n'a pu être vérifiée mais certaines tendances se manifestent. Des corrélations négatives et significatives au seuil de .10 ont été établies entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et le nombre de catégories de personnes présentes dans le réseau de soutien social de l'enfant d'âge préscolaire de même qu'entre le nombre de personnes auxquelles l'enfant est attaché et le nombre de facteurs de risque.

La présente recherche établit des différences claires existant entre les réseaux de soutien social des enfants en demande de service et tout-venant. Il en est de même des groupes d'enfants à risque plus élevé et à faible risque. Enfin, la présence de différences marquées, quoique non significatives au seuil statistique fixé à .05, permet d'appuyer prudemment l'existence d'un lien entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et un réseau de soutien social réduit.

Les facteurs de risque

Comme le démontrent les résultats, le groupe en demande de service (A) ne présente pas un niveau de risque plus élevé que celui du groupe tout-venant (B). En effet, l'absence de différence significative et l'examen de l'étendue du nombre de facteurs de risque dans chacun des groupes, ne peut permettre de confirmer la présence d'un premier groupe qui soit à risque et un second non à risque. En accord avec la littérature (Nicol, Stretch, & Fundudis, 1993; Lerner, Trupin, & Douglas, 1985) il fut tout de même possible de considérer les enfants du groupe en demande de service (A) comme étant à risque d'avoir à faire face à diverses difficultés au cours de leur développement. Quant au groupe d'enfants tout-venant (B), les résultats révèlent que certain d'entre-eux présentent un niveau de risque important, augmentant également leur possibilité de compromettre leur développement. C'est donc dire que les enfants du groupe en demande de service (A) sont en partie considérés comme étant à risque tout comme les enfants du groupe tout-venant (B). Cependant, ces deux groupes demeurent distincts du fait que le premier fait appel à un service de consultation en regard des difficultés déjà manifestées par l'enfant et le second n'a pas eu recours à des services particuliers.

Dans le même ordre d'idées, certains facteurs de risque affichent des différences marquées entre le groupe A et le groupe B. La fréquence de la présence des facteurs de risque suivants est plus élevée à l'intérieur du groupe A : l'instabilité de la structure familiale, la source de revenu de même que la faible scolarité de la mère.

Tout d'abord, les résultats démontrant que l'instabilité de la structure familiale soit un facteur de risque significativement plus fréquent au sein du groupe A que du groupe B peuvent rejoindre ceux de Holohan et Moos (1987). Ces derniers, tout comme d'autres auteurs (Sameroff & al., 1987a; Watt & al., 1984), précisaient que les problèmes de santé physique et psychologique des enfants pouvaient en grande partie être expliqués par les facteurs de risque de leur contexte de vie. En fait, on peut comprendre que ce n'est pas tant les situations comme la monoparentalité qui constitue un risque – la monoparentalité étant représentée également dans les groupes A et B - mais bien plus la façon dont celle-ci est vécue. Effectivement, l'instabilité qui ressort de façon plus marquée pour le groupe en demande de service (A), est entre autre caractérisée par des changements fréquents de conjoint par la mère. Plusieurs auteurs ont souligné cette instabilité des relations dans le réseau social des familles monoparentales (Lerner, 1990 a; Leslie & Grady, 1985; Weinraub & Wolf, 1983). La cellule familiale est ainsi considérée moins sécurisante alors qu'elle demeure primordiale à cette étape du développement de l'enfant, i.e. l'âge préscolaire. Les événements de vie stressants vécus par la famille et la qualité de l'environnement familial comptent donc parmi les prédicteurs de l'apparition de divers problèmes chez l'enfant préscolaire (Erikson et al., 1985). En fait, selon Lerner, Trupin et Douglas (1985), les problèmes familiaux à l'âge de 3 ans représentent un signe en soi que l'enfant est à risque. On peut donc comprendre l'importance de considérer, lors des prochaines études, non seulement le niveau de risque mais également la nature de certains facteurs qui peuvent influencer l'enfant différemment selon l'étape qu'il

traverse lors de son développement. On pourra ainsi mieux comprendre le processus par lequel les facteurs de risque, et par le fait même de protection, influencent le développement de l'enfant.

Une autre variable présente une différence quasi significative entre les groupes au seuil de .05. Malgré que les revenus familiaux soient sensiblement équivalents au sein des deux groupes, il existe un écart remarquable relatif à la source de revenu des familles des enfants à l'étude. Il se trouve que la fréquence de parents sans emploi soit supérieure pour le groupe en demande de service (A) que pour le groupe tout-venant (B) où l'on remarque un taux d'occupation plus élevé. La différence existant entre les deux groupes quant aux sources de revenu et non pas au revenu familial en soi nous rapporte aux concepts de certains auteurs. En effet, Myers et al. (1975) de même que Zautra et Beier (1978) font référence à la notion de classe sociale, celle-ci étant constituée du revenu familial, du niveau d'éducation et du statut d'occupation. Le risque est non seulement associé à l'exposition aux événements stressants (Silver & Wortman, 1980) mais également relié aux tensions chroniques que peuvent susciter les rôles sociaux (Brown & Harris, 1978). Il semble donc qu'il soit essentiel de considérer le statut d'occupation comme facteur de risque des effets du stress sur les troubles psychologiques des individus.

D'autres facteurs de risque sont importants sans toutefois démontrer des différences significatives entre les groupes. Pour l'ensemble de l'échantillon, certains facteurs semblent toucher plusieurs enfants et leur famille. Effectivement, plus du

tiers des personnes ayant participé à l'étude présentaient les facteurs de risque que sont l'abus d'alcool et de drogue chez un des parents, de même que les expériences de violence et/ou d'abus de la mère au cours de son enfance. Aussi, une grande proportion de l'échantillon rapportait les problèmes de santé mentale chez un des parents.

D'autre part, les enfants du groupe en demande de service (A) et du groupe tout-venant (B) sont relativement équivalents sur certaines variables : l'âge et le sexe de l'enfant, les types de famille dans laquelle vivent ces enfants, le revenu familial annuel brut. Les auteurs qui se sont attardés à l'étude du lien existant entre le risque et le soutien social ont déjà souligné l'impact majeur de ces facteurs (Herzog & Saudia, 1973; Cochran, Gunnarsson, & al., 1990; Fisher, 1982; Vaux, 1988). Ceci démontre que les différences remarquées quant au réseau de soutien social des enfants ne sont pas dues aux facteurs de risque, les groupes A et B étant équivalents à ces niveaux (âge, sexe, etc.).

Pour ce qui est des groupes formés suite à la redivision de l'échantillon total, les résultats révèlent effectivement une différence significative du niveau de risque entre le groupe d'enfants à risque plus élevé (A') et celui à faible risque (B'). De plus, il est possible de constater des différences significatives entre les deux groupes face à de nombreuses caractéristiques concernant l'environnement familial de l'enfant, de même que celles se rapportant aux parents.

Effectivement, le groupe à risque plus élevé (A') se distingue du groupe à faible risque (B') par le fait qu'il affichent des proportions significativement plus élevées de la présence des facteurs de risque suivant de sa famille: la source de revenu, l'instabilité de la structure familiale, les déménagements fréquents, le nombre élevé d'enfants dans la famille et la maltraitance de enfants. Or, ces résultats rejoignent les énoncés de plusieurs auteurs concernant l'influence du contexte familial face à la psychopathologie de l'enfant (Holohan & Moos, 1987; Sameroff & al., 1987a; Watt & al., 1984). En effet, ceux-ci précisait qu'une grande partie des problèmes psychologiques et physiques vécus par l'enfant, peut s'expliquer par la présence de caractéristiques familiales et parentales compromettantes pour le développement de l'enfant.

C'est dans cette même perspective, que le groupe A' se démarque du groupe B' lorsqu'on fait l'examen détaillé des différences existant entre les caractéristiques reliées aux parents. Le groupe A' est significativement à risque plus élevé que le groupe B' concernant diverses difficultés des parents, pouvant constituer un risque pour l'enfant de faire face à certaines difficultés au cours de son développement.

En fait, on peut tout d'abord constater la prédominance du groupe à risque élevé (A') face à la présence des facteurs de risque se rapportant à la mère. Les résultats concernant la faible scolarité de la mère, le jeune âge de celle-ci à la naissance du 1^{er} enfant, les antécédants tels le placement de même que les expériences de violence et/ou d'abus à l'enfance, montrent que l'échantillon étudié présente des caractéristiques

que plusieurs auteurs identifient comme reliées au développement de la psychopathologie chez l'enfant (Palacio-Quintin, & Coderre, 1998; Bouchard et al., 1987; Cox & Rutter, 1985; Bowlby, 1988). Il en est de même des facteurs de risque que sont les problèmes de santé mentale, l'abus d'alcool et/ou de drogue, et l'emprisonnement d'un des parents. En fait, tous s'entendent pour dire que ces caractéristiques des parents peuvent constituer des entraves importantes au bien-être de l'enfant en développement.

D'autre part, les résultats démontrant l'absence de différence significative entre le groupe à risque plus élevé (A') et à faible risque (B'), concernant les facteurs de risque se rapportant à l'enfant lui-même, viennent confirmer les affirmations de quelques auteurs (Sameroff & al., 1987a; Watt & al., 1984). En effet, il semble que les facteurs de risque individuels soient moins déterminants des difficultés d'adaptation vécues par l'enfant tout au long de son développement.

En somme, les groupes d'enfants en demande de service (A) et tout-venant (B), tout comme ceux à risque plus élevé (A') et à faible risque (B'), se distinguent de plusieurs façons quant à la présence du facteur risque. Que ce soit au niveau de l'intensité du risque ou de la nature même des caractéristiques des enfants et des familles qui les composent, ces groupes diffèrent quant au risque de problèmes d'adaptation, de comportement, de développement, auquel sont confrontés les enfants de ces milieux. Aussi, certains auteurs révèlent que l'évolution sociale du jeune enfant semble être prédit majoritairement par ces facteurs (Sameroff & al., 1987a; b).

Le soutien social

Les résultats démontrent une différence significative entre les groupes en demande de service (A) et tout-venant (B) quant au nombre de personnes représentant un soutien pour l'enfant de 3-5 ans. Les enfants du groupe A, consultant les Ateliers Cali-jours pour divers problèmes d'adaptation et de comportement, s'avèrent présenter un réseau de soutien social plus réduit que celui des enfants de la population tout-venant (B). Or, ces résultats nous portent à nous attarder aux études ayant mis en relation la psychopathologie infantile et le soutien social. Certains auteurs (Sandler, 1980; Wertlieb & al., 1987) ont effectivement constaté l'existence d'une relation inverse entre le soutien familial et les symptômes reliés au comportement de l'enfant. Plus encore, les résultats de la recherche de Kashani et ses collègues (1994) ont mis en lumière l'association entre la psychopathologie chez l'enfant d'âge scolaire et le nombre de personnes soutenantes. Nos résultats rejoignent en quelque sorte la recherche de Kashani (1994) qui soutient l'hypothèse selon laquelle à la fois les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés sont associés au faible niveau de soutien social.

Concernant la fréquence de soutien procuré par la famille immédiate, l'absence de différence significative entre le groupe A et le groupe B confirment bien l'affirmation selon laquelle il semble que malgré que l'enfant préscolaire devienne plus indépendant, la relation qu'il entretient avec ses parents demeure la principale source de ses interactions (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). En effet, les résultats rapportent

que, parmi toutes les personnes ressources du réseau social de l'enfant, c'est la famille immédiate qui semble procurer le plus souvent du soutien à l'enfant. Les résultats de la présente étude rejoignent ceux de Kashani et ses collègues (1994) qui décrivait la famille comme représentant également la principale source de soutien pour l'enfant. Dans cette étude, 79 % des personnes nommées comme soutenant étaient membres de la famille immédiate.

Nos résultats démontrent que c'est la mère qui semble encore à ce jour assurer le soutien le plus fréquemment pour l'enfant d'âge préscolaire. Aucune différence significative n'a pu être établie entre les groupes A et B quant à la présence de cette source de soutien. Aussi, notre recherche vient appuyer les énoncés de Zigler & Finn-Stevenson (1986) selon lesquels la relation avec la mère et le soutien qu'elle procure à l'enfant sont décrits comme étant encore très importants et déterminants dans la vie de l'enfant d'âge préscolaire. De plus, en concordance avec ces mêmes auteurs, les résultats de notre étude démontrent que le père est la deuxième personne qui semble assurer un soutien pour l'enfant de cet âge. Quoiqu'on ne puisse affirmer la présence d'une différence significative entre les deux groupes, les résultats affichent une tendance marquée chez les enfants du groupe tout-venant (B) à bénéficier plus fréquemment du soutien de leur père comparativement au groupe en demande de service (A). Dans les foyer où le père est présent, celui-ci joue progressivement un rôle plus important auprès de l'enfant de 3-5 ans et ce, même si l'attachement de l'enfant à la mère continue d'être prééminent (Zigler & Finn-Stevenson, 1986). De

façon générale, les parents demeurent les principaux agents de socialisation de l'enfant.

Par contre, on reconnaît progressivement que les relations entre frères et sœurs sont d'une importance non négligeable dans le développement (Ihinger-Tallman & Pasley, 1987). Les résultats démontrent effectivement que les frères et sœurs assurent un soutien pour l'enfant d'âge préscolaire sensiblement dans les mêmes fréquences que le père pour le groupe en demande de service (A). Toutefois, il en va différemment au sein du groupe tout-venant (B) où le père semble assurer plus fréquemment du soutien que ne peuvent le faire les membres de la fratrie. D'ailleurs, cette différence entre les deux groupes quant à la fréquence de soutien s'avère quasi significative et ce, en faveur des enfants du groupe A qui bénéficient davantage du soutien fraternel. Cet écart peut s'expliquer par l'instabilité familiale explicitée précédemment. En accord avec d'autres auteurs, les résultats laissent entrevoir effectivement que les enfants de milieux instables auraient tendance à s'assurer davantage de soutien les uns les autres, recherchant ainsi un sens de sécurité dans ce type de relations. Comme le mentionnent Hetherington, Cox & Cox (1981), les relations fraternelles jouent un rôle essentiel dans l'adaptation des enfants à la séparation. Dans le contexte familial plus perturbé qui suit cet événement, la fratrie assumerait donc un sens de sécurité et de continuité aux enfants.

Enfin, quoique les divers problèmes d'adaptation et de comportement du groupe en demande de service (A) ne peuvent être associés au faible soutien procuré par la

famille immédiate – celui-ci étant globalement équivalent au sein des deux groupes – il est peut-être davantage possible de les associer au plus faible soutien de la famille élargie.

Effectivement, les résultats de notre étude démontrent une différence significative entre les groupes en demande de service (A) et tout-venant (B) quant à la présence de personnes dans la famille élargie pouvant représenter un soutien pour l'enfant d'âge préscolaire. Les enfants du groupe en demande de service semblent globalement bénéficier moins fréquemment du soutien de leurs grands-parents et des autres membres de la parenté. Il semble en être particulièrement le cas pour le soutien des grands-parents paternels mais aussi pour le soutien des autres membres de la parenté tels les oncles, les tantes et les cousin(e)s. Quant aux grands-parents maternels, il est possible de remarquer une tendance en faveur du groupe tout-venant (B) à bénéficier davantage de cette source de soutien sans toutefois afficher une différence significative.

Pour trouver explication à cette différence existant entre les enfants fréquentant les Ateliers Cali-jours (A) et ceux de la population tout-venant (B), il est possible de se référer aux travaux de certains auteurs. Tous s'entendent pour dire que la famille immédiate demeure encore à ce jour la source la plus importante pour l'enfant d'âge préscolaire mais certains ont poussé plus loin leur compréhension de l'environnement social des enfants de cet âge. En fait, quelques auteurs en sont venus à dire que les parents étaient les médiateurs des contacts que peut entretenir l'enfant avec les

membres de la famille élargie par le fait que ces relations dépendent du lien qu'eux-mêmes entretiennent avec la parenté (Robertson, 1975; Thompson, Solora, Castrianno, & Limber, 1992). Parallèlement, Andrews et Brown (1988), dans leur étude sur le développement de la dépression, ont identifié un groupe de mères qui avaient des difficultés particulières à maintenir des relations soutenantes et avaient aussi des expériences très pauvres avec leur famille d'origine. Or, l'instabilité de la structure familiale décelée dans une fréquence significativement plus élevée au sein du groupe A semble être reliée à l'instabilité générale et au manque de soutien dans l'environnement global de l'enfant d'âge préscolaire. Lors d'une prochaine étude, il serait intéressant de vérifier la concordance du réseau de soutien de la mère avec celui de l'enfant d'âge préscolaire. Il se peut effectivement que ce soit une explication des motifs poussant la mère à faire appel aux services du CLSC lorsque surviennent des difficultés, celle-ci n'ayant peut-être pas accès à un réseau de soutien social tout comme c'est le cas pour son enfant d'âge préscolaire.

Lors de son étude, Barranti (1985) conclut que les grands-parents remplissaient un important rôle dans la constellation familiale. Ce rôle, qui fait entre autre référence au soutien, ne semble pourtant pas être réalisé dans une même fréquence auprès des deux groupes à notre étude. En effet, une différence significative semble exister entre les groupes, la fréquence du soutien des grands-parents paternels étant plus élevée pour le groupe tout-venant (B). On peut en partie supposer que la faiblesse du soutien provenant de cette ressource pour le groupe Cali-jours soit liée à l'instabilité des statuts conjugaux de la mère. Plus élevée au sein de ce dernier groupe (A), cette

situation concorderait avec la rupture des contacts avec la famille d'origine du père de l'enfant, comparativement au groupe tout-venant (B) où l'instabilité moins fréquente favoriserait le maintien des liens du côté paternel.

D'autre part, les résultats démontrent de façon générale et ce pour les deux groupes, que les grands-parents maternels sont rapportés comme étant plus soutenant que les grands-parents paternels. Ces résultats rejoignent en quelque sorte ceux de Kahana & Kahana (1970), de même que ceux d'Hoffman (1979), qui conclurent que la grand-mère maternelle était la favorite parmi les grands-parents et ce pour tous les âges des enfants à l'étude. Toutefois, on doit noter qu'au sein du groupe B, les grands-parents paternels et maternels semblent procurer du soutien à l'enfant selon une fréquence très semblable alors que ce n'est pas le cas pour le groupe A. Effectivement, les enfants du groupe en demande de service (A), présentent des différences marquées quant à la fréquence de soutien procuré par les grands-parents maternels et les grands-parents paternels. Ces résultats peuvent être en partie expliqués par la rupture des liens des mères monoparentales du groupe A avec la famille d'origine du père, comparativement aux mères du groupe B qui semblent maintenir ces liens pour l'enfant.

Pour ce qui est de l'environnement extra-familial, il semble que ce soit cette catégorie de personnes ressources qui, après la famille immédiate bien sûr, procure le plus fréquemment du soutien à l'enfant de 3-5 ans. Les résultats de notre étude démontrent une différence significative entre les deux groupes quant au soutien global provenant de l'extérieur de la famille. Aussi, les groupes en demande de service (A) et

tout-venant (B) se distinguent significativement quant à la fréquence de soutien provenant de certaines sources. C'est particulièrement le cas lorsqu'on porte attention aux ressources que sont les amis et l'éducatrice.

En effet, le groupe d'enfants de la population tout-venant semble bénéficier davantage du soutien de leurs amis que peuvent le faire les enfants du groupe à risque. Une attention particulière doit être portée aux résultats d'une étude de Kinard (1995), ceux-ci rejoignant en partie les résultats de notre propre recherche. Cet auteur a constaté que les enfants abusés nommaient significativement moins de personnes soutenantes que les enfants non-abusés. Lorsque les relations aux personnes soutenantes furent examinées, les enfants abusés n'étaient pas différents des enfants non-abusés concernant la fréquence par laquelle ils ont nommés la mère, le père, les membres de la famille élargie ou les adultes. Cependant, le groupe abusé nommait significativement moins d'amis comme source de soutien que le faisait le groupe non-abusé. Or, plusieurs auteurs mentionnent que particulièrement à l'âge préscolaire, la pauvreté des relations avec les pairs commence à se présenter comme un futur problème (Zigler & Finn-Stevenson, 1986; Rutter & Rutter, 1993). C'est que les relations avec les pairs ont d'importantes fonctions à la période préscolaire, notamment dans le développement des compétences sociales (Taylor & Machida, 1994). Face à l'écart existant entre le groupe tout-venant et celui des enfants du groupe Cali-jours, on peut supposer l'existence d'une relation circulaire entre le soutien et la compétence sociale. Le fait d'avoir des amis dans son réseau de soutien naturel n'influence-t-il pas la compétence à rechercher de nouvelles expériences à

travers différents contextes? À l'inverse, la capacité d'établir des relations n'enrichit-elle pas le réseau de soutien social? Cette hypothèse, aussi simpliste peut-elle paraître, demande à être vérifiée concrètement. Quoiqu'on connaisse déjà que les enfants ayant des problèmes d'adaptation et de comportement aient tendance à avoir un réseau de soutien social plus réduit, il serait intéressant de connaître la nature de leurs difficultés dans les relations avec leur entourage de même que la relation qui puisse exister avec leur compétence sociale. Enfin, ces dernières constatations rejoindraient celles de Thompson (1994) qui soulignait que pour l'enfant d'âge préscolaire, le soutien social devrait davantage être orienté vers le renforcement des habiletés sociales avec les pairs et l'intégration des enfants dans des réseaux sociaux de leur âge.

Parallèlement, plusieurs études ont mis en évidence que les enfants à risque qui s'adaptaient positivement appréciaient les milieux d'éducation (Werner & Smith, 1982). En fait, les milieux d'éducation semblent procurer une structure à l'enfant particulièrement lorsque la structure prédominante de leur vie est en désintégration (Wallerstein & Kelly, 1980). Ces milieux demandent un certain contrôle de la part de l'enfant et répondent ainsi à ses besoins d'ordre et de prévisibilité dans un environnement sûr, discipliné mais non rigide (Garbarino, Dubrow, Kostelny, & Pardo, 1992). Non seulement ces institutions sont un des environnements assurant le plus de continuité dans la vie des enfants d'aujourd'hui (Wallerstein & Kelly, 1980) mais après la famille, les milieux d'éducation représentent la plus importante unité développementale dans le système social moderne (Comer, 1980). Aussi, certains

auteurs (Garbarino, Dubrow, Kostelny, & Pardo, 1992) ont constaté que l'apprentissage (et la motivation qui l'accompagne) est initialement un processus d'identification avec des personnes importantes émotionnellement qui a lieu dans un climat de soutien. C'est donc dire à quel point on doit considérer l'éducateur préscolaire et primaire comme un modèle potentiel pour l'enfant.

Or, les résultats de notre étude démontrent une différence significative entre les deux groupes quant au soutien provenant d'une éducatrice. Il s'avère que le groupe d'enfants en demande de service (A), ait moins accès au soutien que peut procurer une éducatrice.

En fait, il faut noter que le recrutement des enfants du groupe tout-venant, par l'intermédiaire des garderies, peut représenter un biais considérable aux derniers résultats. Aussi, on peut supposer que ce soit en majeure partie l'écart existant entre les groupes quant au statut d'occupation des parents qui soit à l'origine des différences significatives relatives au soutien provenant d'une éducatrice et des amis.

Quant aux autres ressources à l'extérieur de la famille, telles la gardienne de même que les voisins adultes, aucune différence significative n'a pu être démontrée face au soutien qu'elles peuvent procurer aux enfants des différents groupes. Les recherches mentionnant ces personnes ressources comme soutien pour l'enfant sont celles qui se sont attardées particulièrement à la résilience chez des clientèles d'âge scolaire. Effectivement, certaines études ont démontré que ces enfants, vivant dans des

contextes à risque mais qui s'en sortent positivement, se reliaient à un réseau informel de parents et de voisins, pairs et plus âgés pour obtenir du soutien et des conseils et temps de crise (Werner, 1993; Veroff & al., 1981). C'est donc dire que, de façon générale, ces enfants recherchent le soutien de leur environnement mais aucune étude n'a permis jusqu'à présent de constater le rôle particulier que peuvent jouer les ressources de soutien extra-familiales que sont les voisins adultes et la gardienne.

Les résultats obtenus sur les figures d'attachement des enfants rejoignent en quelque sorte les recherches antérieures. Les analyses statistiques ont permis de constater une différence significative entre les deux groupes concernant le nombre total de personnes auxquelles l'enfant est attaché et ce, en faveur du groupe tout-venant.

D'autre part, Werner (1990) a constaté que les attachements sécurés chez le jeune enfant étaient reliés à la présence de personnes soutenantes dans la famille mais pas exclusivement à celle de la mère. Autrement dit, l'effet protecteur d'une relation peut dépendre davantage de la qualité et la solidité de la relation que de la personne spécifique avec qui on s'attend à ce qu'il y ait relation (Rutter, 1979). La famille élargie, par exemple, peut diminuer le stress, encourager les comportements positifs, aider l'enfant à faire face au stress en procurant des soins supplémentaires et en fournissant des modèles positifs d'identification. Les résultats de notre étude démontrent une différence considérable entre nos deux groupes quant au nombre de personnes significatives pour l'enfant d'âge préscolaire et ce, tant dans la famille

immédiate que dans la famille élargie. Toutefois, on doit noter que c'est au sein du groupe en demande de service que les figures d'attachement à l'intérieur de la famille immédiate semblent plus nombreuses alors que la situation est inversée pour la famille élargie. On peut supposer que les enfants en demande de service (A) font partie de systèmes familiaux où les échanges avec l'extérieur demeurent limités et superficiels. Les frères et soeurs deviennent donc davantage importants.

Dans ce même ordre d'idée, on peut pousser plus loin notre réflexion au sujet du réseau de soutien social en constatant les différences majeures existant entre le groupe en demande de service et le groupe tout-venant. Les résultats de notre étude nous amène à penser que malgré que les personnes du groupe en demande de service et que celles du groupe tout-venant soient confrontées aux mêmes situations de difficultés, c.-à-d. qu'elles présentent un niveau de risque semblable, leur interaction avec le réseau social est bien différent. Ceux qui ont un réseau de soutien social pauvre semblent avoir tendance à consulter davantage tandis que les autres apparaissent trouver les ressources et les solutions à leurs problèmes auprès de leur milieu naturel.

Lien entre le risque et le soutien social

Une corrélation négative mais non significative apparaît entre le nombre de personnes présentes dans le réseau de soutien de l'enfant d'âge préscolaire et le nombre de facteur de risque. Les résultats de la présente recherche ne peuvent confirmer l'hypothèse mais laisse apparaître la tendance selon laquelle l'augmentation

du nombre de facteurs de risque serait associée à un réseau de soutien social de plus en plus réduit. Des constatations semblables sont illustrées par plusieurs auteurs, notamment par Caplan & Killilea (1976) dont la recherche avait confirmé que l'augmentation du degré de soutien social dans une communauté était corrélée avec une diminution du stress et des problèmes de santé chez l'individu. Dans un même ordre d'idée, Garbarino et Sherman (1980) rapportaient que les enfants vivant dans des quartiers à risque élevé de maltraitement avaient moins de personnes dans leur réseau social et étaient moins enclins à jouer avec les enfants du voisinage que ceux vivant dans des quartiers à faible risque. Il s'avère toutefois que les résultats de la présente étude ne démontrent aucun lien significatif entre l'augmentation du risque et l'absence de ce dernier type de soutien, celui des amis.

En fait, l'étude plus détaillée des corrélations nous amène à constater qu'il existe certaines relations entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et les différentes ressources du soutien de l'enfant d'âge préscolaire. La basse fréquence de soutien provenant des grands-parents maternels semble être associée à l'augmentation du risque dans le contexte de vie des enfants.

Également, les analyses statistiques démontrent la tendance d'un lien négatif entre le risque élevé chez les enfants de 3-5 ans et le nombre de figures d'attachement provenant de la famille élargie. Lorsqu'on regarde les diverses catégories de personnes ressources à l'intérieur de la famille élargie, on constate que cette même relation existe entre le risque et le soutien des grands-parents maternels. En effet, une

relation négative et significative fut établi entre la fréquence du soutien des grands-parents maternels et l'augmentation du niveau de risque. Plus le risque est élevé, moins les grands-parents maternels sont rapportés comme soutenant pour l'enfant d'âge préscolaire. Plusieurs explications peuvent permettre de comprendre ces résultats. La principale semble être qu'à cet âge le risque est grandement associé au contexte dans lequel l'enfant grandit et n'a que très peu de contrôle pour l'instant (Leiderman, 1983). Comme mentionné précédemment, les parents sont encore ceux de qui dépendent les enfants d'âge préscolaire pour pouvoir avoir accès aux différentes personnes à l'extérieur de la famille immédiate (Cochran & Brassard, 1979; Feiring & Lewis, 1988; Lewis, Feiring, & Kotsonis, 1984; Parke & Bhavnagri, 1989). Or, on peut s'interroger sur la qualité et la quantité des interactions qu'entretiennent avec leur parenté les personnes vivant dans des contextes à risque élevé. Une autre explication qui va dans le même sens que la précédente est que plus le risque est élevé (ex. : faible niveau économique, instabilité familiale, antécédents familiaux, etc.) moins les parents ont la possibilité de se déplacer pour avoir accès à un nombre plus grand de ressources offrant des opportunités de soutien pour leur enfant. La localisation de la famille élargie peut alors représenter une explication considérable au faible soutien procuré par les grands-parents.

Enfin, on doit souligner de nouveau la particularité des résultats qui démontrent des différences plus grandes quant au soutien social des groupes lorsqu'on considère le fait qu'ils aient recours ou non à des services. Effectivement, bien qu'on puisse y observer quelques différences, les résultats concernant les groupes présentant des niveaux de

risque élevé et faible ne peuvent confirmer le lien existant entre l'augmentation du risque et un réseau de soutien social réduit.

La présente étude du réseau de soutien social diffère des recherches antérieures de plusieurs façons. Elle se distingue tout d'abord du fait qu'on s'est attardé à explorer le risque et le réseau de soutien social chez de jeunes enfants. Effectivement, les quelques auteurs s'ayant intéressé à ce domaine ont étudié des clientèles d'enfants d'âge scolaire (Sandler, 1980, Drapeau & Bouchard, 1993; Garbarino & al., 1992). Aussi, l'attention fut particulièrement portée à établir des relations entre la psychopathologie et le réseau de soutien social (Barrett & al., 1988; Rhodes & Jason, 1990; Sandler, 1980; Topol & Reznikoff, 1982). Or, la présente recherche vient donner les quelques premières idées concernant le réseau de soutien social et le lien pouvant exister avec la présence de risque chez les enfants d'âge préscolaire et du fait que ceux-ci aient recours ou non à des services. Pour pousser plus loin l'étude chez une clientèle de même âge, il serait intéressant d'évaluer quel est le lien existant entre le soutien social, l'adaptation et le risque. À l'instar des travaux de Garmezy (1981), on ne peut établir de lien entre le soutien social des enfants et leur adaptation, aucune mesure n'ayant permis d'évaluer cette dernière variable lors de notre recherche. Une prochaine étude pourra sans doute le faire, l'objectif de notre recherche s'étant limité dans un premier temps à prendre connaissance du réseau de soutien social de l'enfant préscolaire.

De plus, dans une étude de plus grande envergure, il serait nécessaire de considérer non seulement l'hypothèse de cette dernière relation mais également l'impact des caractéristiques personnelles de l'enfant dans son développement social. Plusieurs auteurs soulignent la pertinence de considérer, non seulement certains aspects tels le tempérament mais plus globalement, la notion d'écosystème de l'individu, c'est-à-dire la dynamique existant entre les ressources individuelles et environnementales (Gottlieb, 1992).

Dans une prochaine étude, il serait également intéressant de vérifier à quel point la caractéristique de la vie du parent qu'est le statut d'occupation, a une influence considérable sur le réseau de soutien social de l'enfant qui doit ou non avoir recours à des services de garde lorsqu'il doit s'absenter pour le travail. Pour pousser davantage l'exploration et vérifier à quel point la fréquentation des garderies peut modifier le réseau de soutien social, il serait utile de considérer le fait que l'enfant y soit à temps partiel ou à temps plein.

Il va sans dire que cette recherche possède aussi ses limites. Tout d'abord, le premier obstacle vient du fait que c'est la mère qui fut appelée à rapporter le soutien de son enfant, celui-ci étant trop jeune pour le faire lui-même. La méthode choisie fut donc de tenter d'obtenir l'information la plus juste possible étant donné les moyens disponibles. Il serait toutefois intéressant dans une prochaine étude d'élargir les méthodes utilisées (ex. : faire des observations dans les groupes de milieux éducatifs, rechercher le rapport de différents informateurs, etc.) afin d'avoir une information plus

précise et élaborée des personnes pouvant constituer un soutien pour l'enfant d'âge préscolaire.

Dans un même ordre d'idée, les résultats de la présente recherche nous amènent à considérer la pertinence de distinguer clairement ce que l'on recherche et entend par « soutien social ». Le concept étant vaste et complexe, plusieurs auteurs ont noté cette difficulté d'évaluer le soutien social mais d'un autre côté l'importance de pousser plus loin notre exploration (McIntyre, 1985; Brownell & Shumaker, 1985; Cohen & Syme, 1985; Gottlieb, 1985; Heller & Swindle, 1986; Israël, 1983). Ainsi, on pourra établir plus facilement les différences entre les multiples aspects du soutien (reçu, perçu, etc.) et ce, chez des clientèles variées.

L'étude du réseau de soutien social chez les enfants étant relativement récente, ces quelques constatations ne sont que quelques exemples de thèmes qu'il serait bénéfique de considérer pour faire avancer les connaissances dans le domaine.

Conclusion

Jusqu'à maintenant, très peu de chercheurs se sont attardés à l'étude du réseau de soutien social chez les enfants et ce, particulièrement chez la clientèle d'âge préscolaire. Pourtant, l'importance qui fut accordée à ce domaine au cours des dernières années, principalement chez la clientèle adulte, démontre la pertinence d'explorer davantage la nature et le rôle du réseau de soutien social auprès des jeunes individus.

La présente recherche établit quelques constatations qui pourront éclairer les études futures concernant le réseau de soutien social des enfants d'âge préscolaire. L'hypothèse qui postulait que le réseau de soutien social des enfants en demande de service soit moins étendu que celui des enfants de la population tout-venant est en effet confirmée. Par ailleurs, il s'avère que le groupe à risque plus élevé présente un réseau de soutien qui n'est pas significativement différent dans son ensemble de celui du groupe à faible risque, quoiqu'on puisse y remarquer quelques particularités intéressantes. Enfin, les résultats des analyses de corrélation permettent d'appuyer partiellement et avec prudence qu'il existe un lien entre l'augmentation du nombre de facteurs de risque et un réseau de soutien social réduit.

Effectivement, doit noter une tendance particulière entre les différents groupes face au soutien procuré par les grands-parents et les voisins adultes. De façon générale, il semble que la présence croissante du risque dans les milieux des enfants d'âge préscolaire soit associée à la diminution du soutien procuré par les grands-parents mais à la présence plus fréquente des voisins adultes.

Cette étude nous a permis de bien connaître les différences entre les réseaux de soutien social des enfants d'âge préscolaire provenant de milieux à divers niveaux de risque mais on ne peut encore établir l'impact sur son bien-être. Une prochaine étude viserait sans doute à évaluer l'adaptation des enfants, peut-être même en considérant le rôle des caractéristiques personnelles dans le développement d'un réseau de soutien social.

Les prochaines recherches auraient également avantage à investiguer auprès d'une diversité de répondants ou à élargir les méthodes de cueillette d'information, la clientèle d'âge étudiée étant trop jeune pour rapporter elle-même une information pertinente.

Enfin, la spécificité des études futures permettra de mieux comprendre la complexité du concept du réseau de soutien social de même que du lien existant entre le bien-être des individus en développement et celui-ci.

Références

- Anthony, E., & Cohler, B. (1987). *The invulnerable Child*. New York : Guilford Press.
- Arnold, D. M. (1990). *Childhood Stress*. New York: John Wiley.
- Asher, S. R., & Hymel, S. (1981). Children's social competence in peer relations: Sociometric and behavioral assessments. In J. D. Wine & M. D. Singe (Eds), *Social Competence*. New York: Guilford Press.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C., & Cole, R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Éds), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp.257-280). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bambring, M., Losel, F., & Skowronek, H. (1989). *Children at Risk : Assessment, Longitudinal Research, and Intervention*. Hawthorne, New York : Walter de Gruyter.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issues. In B. H. Gottlieb (Éds), *Social networks and social support* (pp.69-96). Beverly Hills, CA, Sage.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M. Jr., & Ainly, S. L. (1983). Structure of social support : A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barrett, M. E., Simpson, D. D., & Lehman, W. E. K. (1988). Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 461-473.
- Belle, D. (1989). *Children's Social Networks and Social Supports*. New York : John Wiley.
- Belsky, J., & Nezworski, T. (1988). *Clinical applications of attachment*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Berndt, T. J. (1989). Obtaining support from friends during childhood and adolescence. In D. Belle (Éds), *Children's Social Networks and Social Supports* (pp.308-331). New York : John Wiley.

- Berns, R. M., (1993). *Child, Family, Community : Socialization and Support* (3^e éd.). New York : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Boyce, W. T. (1985). Social support, family relations, and children. In : S. Cohen & S. L. Syme (Eds), *Social Support and Health* (pp. 151-173). Orlando, F. L. : Academic Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1980). Reunification with our children. In P. Mussen, J. Conger, & L. Kagan, *Readings in child and adolescent psychology: Contemporary perspectives*. New York: Haper & Row.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in women*. Free Press.
- Brownell, A., & Shumaker, A. S. (1985). Where do we go from here? The policy implications of social support. *Journal of Social Issues*, 41(1), 111-121.
- Bryant, K. B. (1984). *The neighborhood walk: a study of sources of support in middle childhood from the child's perspective*. Davis: University of California, Department of Applied Behavioral Sciences.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, R. D. (1979). Social support, person-environment, and coping. In Freman, L. A., Gordus, J. P. (Eds), *Mental Health and the Economy*. W. E. Upjohn Institute for Employment Research, Michigan.
- Cauce, A. M., Felner, R. D., & Primavera, J. (1982). Social support in high-risk adolescents: Structural components and adaptative impact. *American Journal of Community Psychology*, 10, 417-418.
- Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard, & P. Read (Eds), *Depression in young people: Development of psychopathology* (pp.2-28). New york: Cambridge University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochran, M. M., & Brassard, J. A. (1979). Child development and personal social networks. *Child Development*, 50, 601-616.

- Cochran, M. M., Gunnarsson, L., Grabe, S., & Lewis, J. (1990). The social networks of coupled mothers in four cultures. In M. Cochran, M. Larner, D. Riley, L. Gunnarsson, & C. R. Henderson (Eds), *Extending families: The social networks of parents and their children* (pp. 58-64). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Cochran, M. M., & Riley, D. (1985). *Mother reports of children's social relations, antecedents, concomitants and consequences*. (document inédit) Ithaca, New York: Cornell University.
- Cohen, I. C., & Sokolovsky, J. (1981). Social network and the elderly: Clinical techniques. *International Journal of Family Therapy*, 3(4), 281-294.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social Support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. Singer, & S. Taylor (Éds), *Handbook of psychology and health, Vol. IV.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen et L. Syme (Éds), *Social Support and Health* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-57.
- Compas, B. E. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. E., Slavin, L. A., Wagner, B. M., & Vannatta, K. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 205-221.
- Coyne, J. C., Kahn, J., Gotlib, I. H. (1984). Depression. In T. Jacob (Éd.), *Family Interaction and Psychopathology*. New York: Plenum.
- Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.
- Dorenwend, B. S. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 225-235.
- Drapeau, S., & Bouchard, C. (1993). Soutien social et ajustements de parents séparés. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 25(2).
- Dumont, M., et coll., (1987). (sous la direction de L. Blanchet et C. Bouchard ainsi que le Service Enfance-Famille de l'hôpital Jean-Talon). *Profil descriptif de la*

clientèle infantile consultante: une étude rétrospective. Mémo de recherche. Montréal: Hôpital Jean-Talon.

- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, A. (1993). Resilience as process. *Development and psychopathology*, 3, 517-528.
- Erikson, M., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Éds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 147-166.
- Felner, R. D., Ginter, M., & Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: social support and environmental structure. *American journal of community Psychology*, 10, 277-290.
- Feiring, C., & Lewis, M. (1978). The child as a member of a family system. *Behavioral Science*, 23, 225-233.
- Feiring, C., & Lewis, M. (1988). The child's social network from three to six years: the effects of age, sex, and socioeconomic status. In S. Salzinger, J. Antrobus, & M. Hammer (Éds.), *Social networks of children, adolescents, and college students* (pp. 93-112). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fish-Murray, C. (1990). *Memories of Trauma: Place on Path*. Keynote presentation, NAIM Fondation Conference on Children and Trauma, Washington, D. C..
- Fisher, C. S. (1982). *To Dwell among friends: Personal networks in town and city*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Development*, 51(1), p.188-198.
- Garbarino, J., Burston, N., Raber, S., Russell, R., & Crouter, A. (1978). The social maps of children approaching adolescence: Studying the ecology of youth development. *Journal of Youth and Adolescence*, 7(4), 417-428.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992). *Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence*. San Frensisco: Josey-Bass Publishers.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability research end the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 101-116.
- Garmezy, N. (1981). Children undre stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. In A. I. Rabin, J.

- Aronoff, A. M. Barclay, & R. A. Zucker (Éds), *Further Explorations in Personality* (pp.196-269). New York: Wiley Interscience.
- Gramezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy, & M. Rutter (Éds), *Stress, Coping, and development in Children* (pp.43-84). New York: McGraw-Hill.
- Garmezy, N., & Masten, A. (1990). The adaptation of children to a stressful world: Matery of fear. In L. E. Arnold (Éds), *Childhood Stress* (pp. 459-473). New York: John Wiley.
- Garmezy, N., & Tellegen, A. (1984). Studies of stress-resistant children: Methods, variables, and preliminary findings. In F. J. Morrison, C. Lord, & D. P. Keating (Éds), *Applied Developmental Psychology* (pp. 231-287). Orlando, FL: Accademic Press.
- Gottlieb, B. (1980). The role of individual and social support in preventing child maltreatment. In J. garbarino, H. stocking, & Associates, *Protecting children from abuse and neglect*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Gottlieb, H. B. (1985). Assessing and strengtening the impact of social support on mental health. *Social Work*, 293-300.
- Gottlieb, G. (1992). *Individual development and evolution: The genesis of novel behavior*. New York: Oxford University Press.
- Greenblatt, M., Becerra, R. M., & Serafenitides, E. A. (1982). Social Networks and Mental Health: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139(8), 977-984.
- Hansson, R. O., Jones, W. H., Carpenter, B. N. (1984). Relational competence and social support. In P. Shaver (Éd.), *Review of Personality and Social Psychology, Vol. 5*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. In P. H. Mussen (Ed), *Handbook of child psychology* (4th ed.). Vol.4, E. M. Hetherington (Ed), *Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley.
- Heller, K., & Swindle, R. Jr. (1983). Social networks, perceived support, and coping with stress. In R. Felner, L. Jason, N. Mortitsugu, & S. Faber (Éds), *Preventive psychology theory, research, and practice*. New York: Pergamon.
- Heller, K., Swindle, W. R., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 466-470.

- Herzog, E., & Saudia, C. E. (1973). Children in fatherless families. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Éds), *Review of child development research* (Vol. 3). Chicago: University of Chicago Press.
- Hetherington, E. M. (1988). Parents, children and siblings six years after divorce. In K. Pasley & M. Ihinger-Tallman (Ed.), *Remarriage & Stepparenting*. Guilford Press.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1981). *Divorce and remarriage*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child development, Boston.
- Hinde, R., & Stevenson-Hinde, J. (1988). *Relationships within families: mutual influences*. Oxford: Clarendon Press.
- Hoffman, E. (1979). Young adults' relations with their grandparents: Contact, importance, role conception. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 299-309.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Risk, Resistance, and Psychological Distress: A Longitudinal Analysis with Adults and Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 3-13.
- House, J. S., & Kahn, R. (1984). Measuring social support. In S. Cohen & L. Syme (Éds), *Social Support and Health*. New York: Academic.
- Ihinger-Tallman, M., & Pasley, K. (1987). *Remarriage. Family studies text series 7*. Sage Publications.
- Israël, A. B. (1983). Social Networks and Health Status: linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education*, 4(2), 65-79.
- Jourdan-Ionescu, C. (1995). *Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), Université du Québec à Trois-Rivières. Document interne.
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., & Gagnier, J.-P. (1995). *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce*. Projet de recherche du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), Université du Québec à Trois-Rivières.
- Kahana, B., & Kahana, E. (1970). Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild. *Developmental Psychology*, 3, 98-105.
- Kalter, N. (1977). Children of divorce in an outpatient psychiatric population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 85-100.

- Kaplan, B. H., Robbins, C., & Steven, M. S. (1983). Antecedents of psychological distress in young adults: Self-rejection, deprivation of social support and life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 230-244.
- Kashani, J. H., Canfiel, L. A., Borduin, C. M., Soltys, S. M., & Reid, J. C. (1994). Perceived Family and Social Support: Impact on Children. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 819-823.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex difference in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kimchi, J., & Schaffner, B. (1990). Childhood protective factors and stress risk. In L. E. Arnold (Éds), *Childhood Stress* (pp. 475-500). New York: John Wiley.
- Kinard, E. M. (1995). Perceived Social Support and Competence in Abused Children: A Longitudinal Perspective. *Journal of Family Violence*, 10(1), 73-98.
- Ladd, G. W., & Price, J. M. (1987). Predicting children's social and school adjustment following the transition from preschool to kindergarten. *Child Development*, 58, 1168-1189.
- Ladd, G. W., Price, J. M., Hart, C. H. (1988). Predicting preschoolers' peers status from their playground behaviors. *Child Development*, 59, 986-992.
- Lamb, M. E. (1981). The development of father-infant relationships. in M. E. Lamb (Ed), *The role of the father in child development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Langner, T. S., & Michael, S. T. (1963). *Life stress and mental health*. New York: Free Press of Glencoe.
- Larner, M. (1990a). Changes in network resources and relationships over time. In M. Cochran, M. Larner, D. Riley, L. Gunnarsson, & C. R. Henderson (Éds), *Extending families: The social networks of parents and their children* (pp. 181-204). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (1983). Temperament and adaptation across life: Theoretical and empirical issues. In P. B. Baltes & O. G. Brims, Jr. (Éds), *Life-*

span development and behavior, Vol.5 (pp. 197-231). New York: Academic Press.

- Lerner, J. V., Baker, N., & Lerner, R. M. (1985). A person-context goodness of fit model of adjustment. In P. C. Kendall (Éd.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy, Vol. 4* (pp. 111-136). New York: Academic Press.
- Lerner, J. A., Trupin, E. W., & Douglas, E. (1985). Preschool behaviour can predict future psychiatric disorders. *Journal of the American academy of Child Psychiatry, 24*, 42-48.
- Leslie, L., & Grandy, K. (1985). Changes in mothers' social networks and social support following divorce. *Journal of Marriage and the Family, 47*, 663-673.
- Lewis, M., Feiring, C., & Kotsonis, M. (1984). The social network of the young child: A developmental perspective. In M. Lewis (Éd.), *Beyond the dyad* (pp.129-160). New York: Plenum Press.
- Leiderman, P. H. (1983). Social ecology and childbirth: the newborn nursery as environment stressor. In N. Garnezy & M. Rutter (Éds), *Stress, Coping, and Development in Children* (pp. 133-159). New York: McGraw-Hill.
- Liem, R., & Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(2), 139-156.
- Litwak, E., & Szelenyi, I. (1969). Primary group structures and their functions: Kin, neighborhoods and friends. *American Sociological Review, 34*, 465-481.
- Lösel, F., Bliesner, T., and Koferl, P. (1989). On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld Project. In M. Bambring, F. Losel, & H. Skowronek (Éds), *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research, and Intervention* (pp.186-219). Hawthorne, New York: Walter de Gruyter.
- Lösel, F., & Bliesner, T. (1990). Resilience in Adolescence: A Study of the Generalizability of Protective Factors. In K. Hurrelman & F. Lösel (Eds), *Health hazards in Adolescence*. new York: Walter de Gruyter.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(1), p.6-22.
- Maccoby, E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

- Maccoby, E. E. (1983). Socio-emotional development and response to stressors. In N. Garmezy & M. Rutter (Éds), *Stress, Coping, and Development in Children* (pp.217-234). New York: McGraw-Hill.
- Masten, A. (1990). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Éd.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 1. The emergence of a discipline* (pp. 261-291). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Masten, A. A., Morison, P., Pelligrini, D., Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Éds), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 236-256). Cambridge: Cambridge University Press.
- McIntyre, L. G. E. (1985). social networks: potential for practice. *Social Work*, 421-426.
- Murphy, L., & Moriarty, A. (1976). *Vulnerability, Coping and Growth: From Infancy to Adolescence*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1974). Social class, life events, and psychiatric symptoms: A longitudinal study. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Éds), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1975). Life events, social integration, and psychiatric symptomatology. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-427.
- Nicol, R., Stretch, D., & Fundudis, T. (1993). Psychopathology in the Preschool years. *Preschool Children in Troubled Families*, (pp. 24-48). England: John Wiley and Sons.
- O'Donnel, L., & Steuve, A. (1983). Mothers as social agents: Structuring the community activities of school aged children. In H. Lopata & J. H. Pleck (Éds), *Research on the interweave of social roles: Jobs and families, families and jobs, Vo.3* (pp.113-129). Greenwich, CT: JAI Press.
- Palacio-Quintin, E. (1996). *Grille opérationnelle des facteurs de risque*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), Université du Québec à Trois-Rivières. Document interne.
- Palacio-Quintin, E., & Coderre, R. (1998). Les projets du PACE au Québec. *Évaluation de l'efficacité des projets visant la clientèle des enfants 0-5 ans*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval.

- Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Gagnier, J.-P., & Desaulniers, R. (1995). *Questionnaire d'exploration des facteurs de risque et de protection*.
- Parke, R. D., & Bhavnagri, N. P. (1989). Parents as managers of children's peer relationships. In D. Belle (Éd.), *Children's social networks and social supports* (pp. 241-259). New York: Wiley.
- Parry, G., & Shappiro, D. A. (1986). Social support and life events in working class women: Stress buffering or independent effects. *Archives of General Psychiatry*, 43, 315-23.
- Pattison, E. M. (1979). social network mediation of anxiety. *Psychiatric Annals*, 9, 56-67.
- Rhodes, J. E., & Jason, L. A. (1990). A social stress model of substance abuse. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 58, 395-401.
- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). *Preschool to school : A Behavioural Study*. London : Academic Press.
- Robertson, J. F. (1975). Interaction in three generation families, parents as mediators: Toward a theoretical perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, 6, 103-110.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Rojas, M. (1989). *Parental support as a protective factor in children's adjustment to mother's divorce and remarriage*. Communication présenté à The Society for Research in Child Development, Kansas City.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction : Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence. In J. S. Bruner, & A. Garton (Éds), *Human Growth and Development* (pp.33-61). London : Oxford Univrsity Press.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent, & J. E. Rolf (Éds), *Primary Prevention of Psychopathology : Social Competence in Children* (pp.49-74). Hanover, NH : University Press of Neew England.
- Rutter, M. (1981). *Maternal deprivation reassessed* (2nd ed.). Harmondsworth, Middx : Penguin Books.

- Rutter, M. (1982). Prevention of Children's Psychosocial Disorders : Myths and Substance. *Pediatrics*, 70, 883-894.
- Rutter, M. (1983). Stress, coping and development : some issues and some questions. In N. Garmezy, & M. Rutter (Éds), *Stress, Coping, and Development in Children* (pp.1-41). New York : McGraw-Hill.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. In A. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds). *Risk and Protective Factors in the Development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge University Press.
- Rutter M., & Rutter, M. (1993). The Growth of Social Relationship. *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span* (pp. 110-155). BasicBooks, A Division of HarperCollinsPublishers.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987 a). Intelligence quotient scores of 4-years-old children: Social environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987 b). Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383-393.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional Regulation and Early Intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sandler, I. N. (1980). Social support resources, stress, and maladjustment of poor children. *American Journal of Community Psychology*, 8, 41-52.
- Sandler, I. N., & Barrera, M. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.
- Sandler, I. N., Wolchik, S., & Braver, S. (1985). *Stressfulness of children's divorce related events: Child, parent and professional perspectives*. Paper presented at the American Psychological Association Convention, Anaheim, CA.
- Sandler, I. N., Miller, P., Short, J., & Wolchik, S. A. (1989). Social support as a protective factor for children in stress. In D. Belle (Éds), *Children Social Networks and Social Supports* (pp.277-307). New York: John Wiley.

- Santrock, J. W., Warshak, R., Linberg, C., & Meadows, L. (1982). Children's and parents' observed social behavior in stepfather families. *Child Development*, 53, 472-80.
- Saranson, B., Shearin, E., Pierce, G., & Saranson, I. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1222-1225.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation: Experimental studies of the sources of gregariousness*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Schultz, N. W. (1980). A cognitive-developmental study of the grandchild-grandparent bond. *Child Study Journal*, 10, 7-26.
- Schwartz, J. C. (1972). Effects of peer familiarity on the behavior of preschoolers in a novel situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 276-84.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Baldwin, C. P., & Baldwin, A. (1992). Child and Family Factors that Ameliorate Risk between 4 and 13 Years of age. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 893-903.
- Shinn, M., Lehmann, S., & Wong, N. W. (1984). Social interactions and social support. *Journal of Social Issues*, 40, 50-76.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-340). New York: Academic Press.
- Sokolovsky, J., Cohen, J., Berger, D., & Gerger, J. (1979). Personal networks of ex-mental patients in a Manhattan SRO Hotel. *Human Organization*, 37(5).
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed), *Minnesota symposia on child psychology*, 19, (pp.41-81). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Eds), *Rochester Symposia on Developmental Psychopathology*, 1, (pp.13-40).
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

- Taylor, A.R., & Machida, S. (1994). The Contribution of Parent ent Peer Support to Head Start Children's Early School Adjustment. *Early Childhood Research Quaterly*, 9, 387-405.
- Thompson, R. A. (1994). Social Support and the Prevention of Child Maltreatment. In G. B. Melton & F. D. Barry (Éds), *Protecting Children from Abuse and Neglect* (pp.). New York: The Guilford Press.
- Thompson, R. A., Scalora, M. J., Castrianno, L., & Limber, S. P. (1992). Grandparent visitation rights: Emergent psychological and psycholegal issues. In D. Kagehiro & W. Laufer (Eds), *Handbook of psychology and law* (pp. 292-317). New York: Springer-Verlag.
- Tinsley, B. R., & Parke, R. D. (1984). Grandparents as support and socialization agents. In M. Lewis (Éd.), *Beyond the dyad* (pp.161-194). New York: Plenum Press.
- Tolsdorf, C. (1981). Social networks and families of divorce: A study of structure-content interaction. *International Journal of Family Therapy*, 275-280.
- Topol, P., & Reznikoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 12, 141-150.
- Unger, G. D., Wandersman, P. L. (1985). Social support and adolescent mothers: action research contributions to theory and application. *Journal of Social Issues*, 41(1), 29-45.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, research, and Intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of relability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Veroff, J., Douvan, E., Kulka, R. A. (1981). *The Inner American: A Self Portrait from 1957-1976*. New York: Basic Book.
- Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980). *Surviving the breakup*. New York: Basic Books.
- Watt, N. F., Anthony, E. J., Wynne, L. C., & Rolf, J. (1984). *Children at Risk for Schizophreniz: A Longitudinal Perspective*. New York: Cambridge University Press.

- Weber, R. A., & Lewitt, M. J. (1987). *Preschoolers' conceptions of their social networks*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New York.
- Weinraub, M., & Wolf, B. M. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two-parent families. *Child Development*, 54, 1297-1311.
- Weiss, R. S. (1979). *Going it alone: The family life and the social situation of the single parent*. New York: McGraw Hill.
- Werner, E. E. (1989). Vulnerability and resiliency: A Longitudinal perspective. In M. Bambring, F. Losel, and H. Skowronek (Eds), *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research, and Intervention* (pp. 157-172). Hawthorne, New York: Walter de Gruyter.
- Werner, E. E. (1990). Protective Factors and Individual Resilience. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Werner, E. E. (1993). Risk, Resilience and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 3, 503-515.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but Invincible : A Study of Resilient Children*. New York : McGraw-Hill.
- Wertlieb, D., Weigel, C., & Feldstein, M. (1987). Stress, social support, and behavior symptoms in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 204-211.
- Wolchik, A. S., Ruehlman, L., Sandler, N. I., & Braver, L. S. (1985). Social support of children of divorce : Direct and stress buffering effects. *Paper presented at the American Psychological Association*. Los Angeles, CA.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient : Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10), 2339-60.
- Zautra, A., & Beier, E. (1978). The effect of life crisis on psychological adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 6, 125-136.
- Zigler, E. F., & Finn-Stevenson, M. (1986). *Children Development and Social Issues*. Toronto : D. C. Health and Company.
- Zill, N. (1993). *Happy, helathy, and insecure*. New York : Doubleday.

Appendices

Appendice A

Questionnaire d'anamnèse

QUESTIONNAIRE D'ANAMNESE

extrait de l'entrevue d'accueil pour les Ateliers Cali-Jours

(Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Gagnier, J.-P., & Desaulniers, R., 1996)

Numéro de participant : _____

Groupe : _____

Nom de l'évaluateur : _____

Date de l'évaluation : _____

N° de dossier de l'enfant cible : _____

Enfant cible (initiales) : _____

Sexe de l'enfant cible : _____

Date de naissance : _____

N° de dossier du répondant : _____

Répondant (initiales) : _____

Lien avec l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Motif de consultation : _____

4. Inscrire les initiales, le sexe et l'âge de tous les enfants de madame (ou monsieur) ainsi que de tous les adultes et autres enfants vivant dans le foyer actuel.

Initiales	Sexe	Date de naissance	Lien avec l'enfant cible	Initiales du père/mère	Habite à la maison (oui ou non)

5. Quel âge aviez-vous lors de votre première grossesse ? _____

➡ *Si le père naturel de l'enfant cible ne vit pas avec la famille, demandez :*

6. L'enfant a-t-il des occasions de voir son père ?

- ☐ souvent
- ☐ quelquefois
- ☐ jamais

Commentaires _____

B) SCOLARISATION DES PARENTS

Mère ou conjointe

7. Niveau d'études (entourez le dernier niveau complété)

1. Études primaires : 1 2 3 4 5 6 7

2. Études secondaires : 1 2 3 4 5

3. Études collégiales : 1 2 3

4. Études techniques 1 2 3

5. Études universitaires :

Certificat complété o non complété o

Baccalauréat complété o non complété o

M.A et plus oui o

8. Période de scolarisation ?

commencé à quitté à

recommencé à quitté à

9. Avez-vous fréquenté une classe spéciale ? Spécifiez

10. Quel souvenir avez-vous de l'école ?

- ☐ expérience agréable
- ☐ expérience parfois positive, parfois négative
- ☐ expérience difficile

Commentaires : _____

11. Avez-vous actuellement des difficultés à lire ou écrire ?

Commentaires : _____

Père ou conjoint:

12. Niveau d'études (entourez le dernier niveau complété)

- | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------|--------------|-----------------------|---|---|---|
| 1. Études primaires : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Études secondaires : | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3. Études collégiales : | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 4. Études techniques | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 5. Études universitaires : | | | | | | | |
| Certificat | complété | <input type="radio"/> | non complété | <input type="radio"/> | | | |
| Baccalauréat | complété | <input type="radio"/> | non complété | <input type="radio"/> | | | |
| M.A et plus | oui | <input type="radio"/> | | | | | |

13. Période de scolarisation ?

commencé à quitté à

recommencé à quitté à

14. Avez-vous fréquenté une classe spéciale ? Spécifiez

15. Quel souvenir avez-vous de l'école ?

- ☐ expérience agréable
- ☐ expérience parfois positive, parfois négative
- ☐ expérience difficile

Commentaires : _____

16. Avez-vous actuellement des difficultés à lire ou écrire ?

Commentaires : _____

C) OCCUPATION ACTUELLE DES PARENTS

17. Occupation:

Mère

Père

Conjoint(e) actuel(le)

D) REVENU

18. Sources de revenu (*pointer la catégorie*) :

	Mère	<input type="radio"/>	Père	<input type="radio"/>
	Conjointe	<input type="radio"/>	Conjoint	<input type="radio"/>
T.P.S.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Revenu du travail	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Assurance chômage	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Bien-être social	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Pension alimentaire	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Allocations familiales	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Autres	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Si autres, préciser				

19. Quel est le revenu familial annuel (brut) ?

- ☐ 5 000 \$ et moins
- ☐ 5 000 \$ à 14 000 \$
- ☐ 14 000 \$ à 24 000 \$
- ☐ 24 000 \$ à 34 000 \$
- ☐ 34 000 \$ à 44 000 \$
- ☐ 44 000 \$ et plus

E) LOGEMENT

20. Dans quel milieu de vie habitez-vous?

- ☐ Rural (en campagne); *expliquez:* _____
- ☐ Urbain (en ville ou en banlieu) ; *encerclez le bon choix*

21. Nombre de pièces principales que compte le logement _____
22. Combien de déménagements avez-vous vécu au cours des cinq dernières années ?

F) INFORMATIONS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT PREMIER DE L'ENFANT CIBLE

INFORMATIONS SUR LA PÉRIODE PRÉNATALE

23. Grossesse

	Grossesse prévue		Grossesse désirée	
	oui	non	oui	non
mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Vécu de la mère pendant la grossesse

Au cours de votre grossesse avez-vous rencontré les problèmes suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> diabète de grossesse | <input type="radio"/> difficultés dans la relation de couple |
| <input type="radio"/> hypertension artérielle | <input type="radio"/> séparation |
| <input type="radio"/> problèmes psychologiques | <input type="radio"/> problèmes familiaux |
| <input type="radio"/> problèmes économiques | <input type="radio"/> autres problèmes, spécifiez : _____ |

25. Qualité du soutien offert par le père pendant la grossesse :

- ☐ père absent
- ☐ père parti durant la grossesse
- ☐ père présent mais avec problème (violence, alcool, drogue, ...)
- ☐ père présent mais désintéressé par rapport à la grossesse
- ☐ père intéressé mais n'aidant pas la mère
- ☐ père intéressé et apportant une aide concrète (ménage, etc.)
- ☐ autres, précisez : _____

26. Habitudes de la mère pendant la grossesse :

	souvent	quelquefois	jamais
Faisiez-vous usage de tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommiez-vous du café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consommiez-vous de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faisiez-vous usage de médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommiez-vous des drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Quelle était la qualité de votre alimentation pendant votre grossesse ?
(exemple : *trois repas variés pas jour équivaut à une bonne alimentation*)

- ☐ bonne
- ☐ moyenne
- ☐ médiocre

INFORMATIONS SUR LA PÉRIODE PÉRINATALE

28. Travail pré-accouchement

- ☐ normal
- ☐ problématique, précisez : _____

29. Naissance :

- ☐ à terme soit _____ semaines
- ☐ prématuré de _____ semaines
- ☐ post-maturé de _____ semaines

30. Accouchement

- ☐ normal
- ☐ complications
 - ☐ circulaire du cordon
 - ☐ anoxie
 - ☐ siège
 - ☐ césarienne
 - ☐ forceps
 - ☐ autre, précisez : _____

31. Poids de l'enfant à la naissance : _____

32. Taille de l'enfant à la naissance : _____

33. De façon générale, quel était le comportement de la mère **les six premiers** mois après la naissance de l'enfant :

- ☐ calme
- ☐ nerveuse
- ☐ autres qualificatifs qui s'appliquent : _____

34. De façon générale, quel était le comportement du père **les six premiers** mois après la naissance de l'enfant :

- ☐ calme
- ☐ nerveux
- ☐ autres qualificatifs qui s'appliquent _____

35. Intérêt porté à l'enfant par le père (**les six premiers** mois après la naissance de l'enfant) :

- ☐ faible
- ☐ moyen
- ☐ important
- Commentaires _____

36. De façon générale, quel était le comportement du couple **les six premiers** mois après la naissance de l'enfant :

- ☐ ajustement rapide des membres du couple aux rôles de parents
- ☐ crises fréquentes des membres du couple
- ☐ désinvestissement de la relation de couple
- ☐ autres, précisez : _____
- Commentaires _____

G) INFORMATIONS SUR L'ENFANT CIBLE ET SES PARENTS

INFORMATIONS SUR L'ENFANT CIBLE ET SON DÉVELOPPEMENT

37. Alimentation (Cochez dans la liste suivante) :

BÉBÉ (0 à 1 an)

- ☐ normale
- ☐ à problème
- ☐ intolérance au lait
- ☐ problèmes avec l'allaitement
- ☐ faim constante
- ☐ mange très peu
- ☐ régurgitation ou vomissements
- ☐ autres, précisez : _____

MAINTENANT

- ☐ normale
- ☐ à problème
- ☐ ne mange que ce qu'il aime
- ☐ refuse de manger
- ☐ mange surtout en dehors des repas
- ☐ mange beaucoup trop
- ☐ autres, précisez : _____

38. Sommeil :

BÉBÉ

- ☐ normal
- ☐ à problème
- ☐ dormait trop peu
- ☐ se réveillait souvent la nuit
- ☐ a des difficultés à s'endormir
- ☐ dormait trop
- ☐ a fait ses nuits très tard
- ☐ autre, précisez : _____

MAINTENANT

- ☐ normal
- ☐ à problème
- ☐ dort peu
- ☐ se réveille souvent la nuit
- ☐ a des difficultés à s'endormir
- ☐ a un sommeil agité
- ☐ fait de nombreux cauchemars
- ☐ est somnambule
- ☐ fait des terreurs nocturnes
- ☐ autre, précisez : _____

39. Est-ce qu'il fait encore une sieste?

- ☐ oui ☐ non, précisez jusqu'à quel âge ? _____
- ☐ occasionnellement

40. Âge de la marche ? _____

41. Propreté

	Oui	Non	Si oui, à quel âge ?
Propre de jour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Propre de nuit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> apprentissage sans difficulté <input type="radio"/> apprentissage problématique, précisez : _____			

42. Langage

☐ A parlé tôt
☐ A parlé au même âge que les autres enfants
☐ A parlé en retard
☐ problèmes de langage, précisez : _____

Âge approximatif des premiers mots : _____ ☐ Ne sait pas

Âge approximatif des premières phrases : _____ ☐ Ne sait pas

43. Fréquemment, les jeunes enfants ont peur. De quoi a peur votre enfant?

☐ peur des animaux
☐ peur des insectes
☐ peur des fantômes
☐ peur de l'obscurité
☐ peur des ombres
☐ autres, précisez : _____

*SANTÉ DE L'ENFANT*44. A) Santé **actuelle** :

☐ bonne, en général
☐ maladie chronique, précisez : _____
☐ maladie grave, précisez : _____
☐ maladie bénigne à répétition, précisez : _____
☐ prend des médicaments prescrits par un médecin, précisez : _____

Commentaires : _____

B) Santé **antérieure**:

☐ bonne, en général
☐ maladie chronique, précisez : _____
☐ maladie grave, précisez : _____

- ☐ maladie bénigne à répétition, précisez : _____
- ☐ prenait des médicaments prescrits par un médecin, précisez : _____

Commentaires : _____

45. Vision

- ☐ vérifiée par un spécialiste
- ☐ il n'y a pas de problème
- ☐ il y a un problème, précifiez : _____

46. Audition

- ☐ vérifiée par un spécialiste
- ☐ il n'y a pas de problème
- ☐ il y a un problème, précifiez : _____

47. Accidents : Antérieurement	Présentement			
	Oui	Non	Oui	
Non				
accident grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se blesse souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, précisez : _____

48. Hospitalisations :	<input type="radio"/>	Oui
	<input type="radio"/>	Non

Pour chaque hospitalisation, précisez :

Âge	Durée	Motif	Réactions de l'enfant
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Commentaires : _____

SANTÉ DU PARENT

Santé de la mère ou conjointe (encerclez)

49. Avez-vous **ou** avez-vous déjà eu des problèmes de santé ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et le type de problèmes ?

50. Êtes-vous suivie **ou** avez-vous déjà été suivie pour vos problèmes de santé ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et les motifs ?

51. Prenez vous **ou** avez-vous déjà pris des médicaments ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, pour quelle raison ? Précisez le type de médicaments

52. Consommez-vous **ou** avez-vous déjà consommé de l'alcool ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez la fréquence :

présentement	<input type="radio"/> souvent	antérieurement	<input type="radio"/> souvent
	<input type="radio"/> à l'occasion		<input type="radio"/> à l'occasion
	<input type="radio"/> rarement		<input type="radio"/> rarement

53. Au cours des douze derniers mois combien de fois avez vous bu cinq consommations ou plus dans une même occasion ? _____ fois

54. Consommez-vous **ou** avez-vous déjà consommé des drogues ?

présentement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non
antérieurement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non

Si oui, précisez la fréquence et le type de drogue :

présentement	<input type="radio"/>	souvent	antérieurement	<input type="radio"/>	souvent
	<input type="radio"/>	à l'occasion		<input type="radio"/>	à l'occasion
	<input type="radio"/>	rarement		<input type="radio"/>	rarement

55. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques ? (dépression, anxiété élevée, etc.)

présentement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non
antérieurement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non

Si oui, précisez l'époque et le type de problèmes :

56. Êtes-vous suivie ou avez-vous déjà été suivie pour des problèmes psychologiques ?

présentement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non
antérieurement	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non

Si oui, précisez l'époque et comment :

Santé du père ou conjoint (encerclez)

57. Avez-vous **ou** avez-vous eu des problèmes de santé ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et le type de problèmes ?

58. Êtes-vous **ou** avez-vous été suivi pour vos problèmes de santé ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et les problèmes pour lesquels vous étiez suivi ?

59. Prenez-vous **ou** avez-vous déjà pris des médicaments ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, pour quelle raison ? Précisez le type de médicaments

60. Consommez-vous **ou** avez-vous déjà consommé de l'alcool ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez la fréquence :

présentement	<input type="radio"/> souvent	antérieurement	<input type="radio"/> souvent
	<input type="radio"/> à l'occasion		<input type="radio"/> à l'occasion
	<input type="radio"/> rarement		<input type="radio"/> rarement

61. Au cours des douze derniers mois combien de fois avez-vous bu cinq consommations ou plus dans une même occasion ? _____ fois

62. Consommez-vous **ou** avez-vous déjà consommé des drogues ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez la fréquence et le type de drogues :

présentement	<input type="radio"/> souvent	antérieurement	<input type="radio"/> souvent
	<input type="radio"/> à l'occasion		<input type="radio"/> à l'occasion
	<input type="radio"/> rarement		<input type="radio"/> rarement

63. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques? (dépression, anxiété élevée, etc.)

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et le type de problèmes :

64. Êtes-vous suivi ou avez-vous déjà été suivi pour des problèmes psychologiques ?

présentement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
antérieurement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Si oui, précisez l'époque et comment :

H) RELATIONS FAMILIALES

SITUATIONS STRESSANTES DANS LA FAMILLE.

65. Au cours de la dernière année, y a-t-il eu des événements difficiles à vivre dans votre famille?

- ☐ a) séparation ou divorce
- ☐ b) maladie
- ☐ c) décès d'un être cher

- ☐ d) perte d'emploi
- ☐ e) naissance d'un nouvel enfant
- ☐ f) problèmes avec la justice
- ☐ g) emprisonnement du conjoint
- ☐ h) séjour dans un centre pour femmes violentées
- ☐ i) grossesse non désirée
- ☐ j) autres. Spécifiez _____

RELATIONS AVEC LES GRANDS-PARENTS (allez à la question 65 si les grands-parents sont décédés)

66. Est-ce que les grands-parents maternels voient l'enfant ?

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|---|
| Grand-mère maternelle | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui, fréquence: _____ |
| Grand-père maternel | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui, fréquence: _____ |

67. Lorsque les grands-parents maternels voient l'enfant :

- ☐ Ils le gardent
 - ☐ Ils jouent et parlent avec lui
 - ☐ Autres, préciser _____
- Commentaires et fréquence: _____

68. Est-ce que les grand-parents paternels voient l'enfant ?

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|---|
| Grand-mère paternelle | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui, fréquence: _____ |
| Grand-père paternel | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui, fréquence: _____ |

69. Lorsque les grands-parents paternels voient l'enfant :

- ☐ Ils le gardent
 - ☐ Ils jouent et parlent avec lui
 - ☐ Autres, préciser _____
- Commentaires et fréquence: _____
- _____

RELATIONS DE L'ENFANT CIBLE AVEC LES AUTRES

70. Comment s'entend-il avec vous (mère)

- ☐ moins bien que les autres enfants de son âge
- ☐ comme les enfants de son âge
- ☐ mieux que les autres enfants de son âge

Commentaires : _____

71. Comment s'entend-il avec vous (père ou conjoint)

- ☐ moins bien que les autres enfants de son âge
- ☐ comme les enfants de son âge
- ☐ mieux que les autres enfants de son âge

Commentaires : _____

72. Comment s'entend-il avec ses frères et soeurs

- ☐ moins bien que les autres enfants de son âge
- ☐ comme les enfant de son âge
- ☐ mieux que les autres enfants de son âge

Commentaires : _____

73. Aime-t-il jouer ?

- ☐ Beaucoup
- ☐ Moyennement
- ☐ Peu

Commentaires : _____

74. Quels sont ses principaux jeux, intérêts ? _____

75. Comment sont les relations de votre enfant avec les autres enfants ?

- ☐ a peu d'amis en dehors de la famille
- ☐ a beaucoup d'amis
- ☐ pas d'ami
- ☐ amis plus jeunes ou plus vieux
- ☐ s'accorde bien

- ☐ est toléré
- ☐ est souvent en conflit
- ☐ évite tout désaccord
- ☐ s'isole
- ☐ est rejeté

Commentaires : _____

76. Est-ce que votre enfant a vécu un ou plusieurs traumatismes depuis sa naissance? Indiquer les traumatismes en cochant les items appropriés.

- ☐ a) Séparation des parents
- ☐ b) Décès d'un parent
- ☐ c) Décès d'un frère/soeur
- ☐ d) Parent hospitalisé pendant une longue période
- ☐ e) Accident ou maladie grave d'un parent
- ☐ f) Accident ou maladie grave d'un frère ou d'une soeur
- ☐ g) Parent emprisonné
- ☐ h) Hospitalisation de l'enfant
- ☐ i) Décès d'un ami proche de l'enfant
- ☐ j) Placement de l'enfant
- ☐ k) Placement d'un frère/soeur
- ☐ l) Handicap important d'un parent
- ☐ m) Handicap important d'un frère/soeur
- ☐ n) L'enfant cible a déjà été l'objet de mesures du CPEJ
- ☐ o) Problème psychiatrique d'un parent
- ☐ p) Un ou des enfants de la fratrie a(ont) été l'objet de mesures du CPEJ
- ☐ q) Autres : _____

77. Violence familiale

Les prochaines questions portent sur les conflits qui peuvent arriver entre les membres de votre famille. Il peut survenir dans une famille qu'un membre humilie, dénigre ou menace régulièrement un autre membre. Il se peut aussi qu'un des membres soit tellement choqué qu'il en frappe un autre. J'aimerais maintenant que vous m'indiquiez si ces situations arrivent dans votre famille.

Si la répondante ne répond pas spontanément demander la question en fonction des enfants, par la suite demander la question pour les autres membres de la famille.

Q. X Violence verbale

()1 oui ()2 non

Encercler l'émetteur et le récepteur et les relier d'une ligne.

	mère	père	enfant cible	autres enfants
Émetteur	1	2	3	4
Récepteur	1	2	3	4

Q X Violence physique

()1 oui ()2 non

Encercler l'émetteur et le récepteur et les relier d'une ligne.

	mère	père	enfant cible	autres enfants
Émetteur	1	2	3	4
Récepteur	1	2	3	4

Appendice B

Grille opérationnelle des facteurs de risque

GRILLE OPÉRATIONNELLE DES FACTEURS DE RISQUE (Palacio-Quintin, 1996)

- 1- La source de revenu
Nous considérons à risque les individus n'ayant aucun revenu de travail.
- 2- L'instabilité de la structure familiale
Nous considérons qu'il y a instabilité familiale quand la famille nucléaire n'existe pas: depuis la naissance de l'enfant, il y a eu une séparation, un divorce ou une situation de monoparentalité.
- 3- La fréquence élevée de déménagements
Le nombre de déménagements devient un facteur de risque lorsque la famille a déménagé cinq fois ou plus au cours des cinq dernières années.
- 4- Le nombre élevé d'enfants dans la famille (vivant au foyer)
On considère qu'il y a un nombre élevé d'enfants dans la famille lorsque:
 - a) Le père ou la mère sont en situation de monoparentalité et ils ont la garde de trois enfants ou plus;
 - b) il s'agit d'une famille biparentale et il y a cinq enfants ou plus dans la famille.
- 5- La maltraitance des enfants
On comptabilise comme un facteur de risque le fait que l'enfant ou un membre de la fratrie a été signalé et retenu par un Centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) pour n'importe quelle forme de maltraitance. Il ne s'agit donc pas de cas où la maltraitance est soupçonnée mais de cas où elle a été dûment constatée.
- 6- La violence conjugale
Présence de violence conjugale importante rapportée lors de l'entrevue.
- 7- La faible scolarité des parents
Compte tenu du fait que le 5^e secondaire est demandé au Québec pour tout type d'emploi, nous avons considéré comme sous-scolarisés les parents qui n'avaient pas terminé leur 3^e secondaire. Le cas est retenu quand un des parents est sous-scolarisé.
- 8- Le jeune âge de la mère à la naissance du 1^{er} enfant
L'âge de la mère à la naissance de son 1^{er} enfant est considéré comme un facteur de risque lorsque celle-ci a dix-huit ans ou moins.

- 9- Les problèmes de santé mentale des parents
Les problèmes de santé mentale des parents est un facteur de risque lorsque le père ou la mère a vécu des troubles psychiatriques.
- 10- Les problèmes de consommation d'alcool ou de drogue des parents
Les problèmes de consommation d'alcool et de drogue par un des parents sont considérés ici comme un facteur de risque pour l'enfant à partir d'un seuil critique. La consommation d'alcool devient plus problématique lorsqu'un des deux parents consomme *beaucoup* d'alcool et *régulièrement*. La consommation de drogue est considérée problématique lorsqu'un des deux parents consomme souvent des drogues douces et/ou parfois des drogues dures.
- 11- Un des parents a été emprisonné
Lorsqu'un des deux parents a été emprisonné à n'importe quelle période depuis la naissance de l'enfant.
- 12- Le placement de la mère lors de son enfance
Ce facteur concerne toute expérience de placement hors du foyer familial vécue par la mère lors de son enfance ou de son adolescence.
- 13- Les expériences antérieures de la mère de violence ou d'abus
Les expériences antérieures de violence ou d'abus sont considérées comme facteur de risque lorsque la mère en fait rapport lors de l'entrevue.
- 14- Les problèmes de santé physique de l'enfant
Les problèmes de santé physique sont considérés comme un facteur de risque lorsque l'enfant a un problème chronique de santé ou autre (handicap physique, handicap mental, etc.), qui limite complètement ou partiellement sa participation à l'école, au jeu ou à toute autre activité normale pour un enfant de son âge. L'adénite cervicale, les problèmes pulmonaires (atélectasie, membrane hyaline), les problèmes intestinaux (giardia), le souffle au coeur, sont des exemples de problèmes de santé physique qui ont été retenus comme un facteur de risque pour l'enfant.
- 15- La naissance prématurée et/ou de petit poids à la naissance
L'enfant est considéré avoir eu un petit poids à la naissance lorsqu'il pesait moins de 88 onces et être prématuré lorsqu'il est né au moins un mois avant terme.

Appendice C

Grille d'évaluation du soutien social de l'enfant

GRILLE D'ÉVALUATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL DE L'ENFANT

(Jourdan-Ionescu, 1996)

	Catégories de réponses			
	0	1	2	3
	jamais	à l'occasion	souvent	tout le temps
	Lorsqu'il a besoin d'être consolé (par exemple, s'il est tombé, s'il a perdu son toutou, etc.), vers qui ira-t-il?		Lorsqu'il joue dehors et qu'il a un problème (des plus grands l'agacent), qui ira-t-il chercher?	Quand il veut jouer, avoir du plaisir ou faire des folies, qui va-t-il chercher?
Sa mère				
Son père				
Ses frères et sœurs				
Des voisins adultes				
Des amis (préciser âge)				
Ses grands-parents maternels				
Ses grands-parents paternels				
D'autres membres de la parenté				
Sa gardienne				
Son éducatrice				
Autre				

À quelles personnes ton enfant est attaché (avec lesquelles il fait des activités ou il aime jouer ou il aime parler ou il aime se faire raconter des histoires ou il fait des sorties, etc.)?

Numéro	Prénom	Âge	Type de lien	Fréquence des rencontres
				a) plusieurs fois/semaine b) 1 fois/semaine c) 1-2 fois/mois d) 1-6 fois/an